

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian serius dari pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Berdasarkan Permenkes 1691/ MENKES/ PER/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit bahwa setiap rumah sakit diwajibkan melaksanakan dan menerapkan manajemen keselamatan pasien.

World Health Organisation (WHO) melaporkan studi pada 58 rumah sakit di Argentina, Colombia, Costa Rica, Mexico and Peru oleh IBEAS (*The Latin American Study of Adverse Events*) dan melibatkan 11.379 pasien rawat inap. Dari hasil studi tersebut 10% admisi mengalami insiden keselamatan pasien akibat pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien ini disebabkan oleh berbagai sebab yang salah satu diantaranya adalah mahasiswa yang sedang menjalani praktik klinik. (*WHO Patient Safety Curriculum Guide*, 2012).

Berdasarkan pelaporan data tentang kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cidera (KNC) belum banyak dilakukan oleh rumah sakit di seluruh Indonesia. Data yang dimiliki Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dari tahun 2006-2011 berdasarkan jenis kejadian, KTD sebanyak 249 laporan, KNC sebanyak 283 laporan. Berdasarkan unit penyebab, dari keperawatan terdapat 207 laporan, farmasi 80 laporan, laboratorium 41 laporan, dokter 33 laporan, sarana prasarana 25 laporan (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Indonesia 2011).

Dari laporan Peta Nasional, Insiden Keselamatan Pasien di rumah sakit Indonesia menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 insiden yang dilaporkan, termasuk kesalahan pengobatan yang merupakan salah satu indikator keselamatan pasien. Angka kesalahan pengobatan yang terjadi pada pasien yang dirawat di rumah sakit berkisar antara 4%-17%. Hal tersebut sangat berpengaruh terhadap mutu pelayanan dan biaya perawatan pasien (dalam penelitian Marlina Adrini, dkk, 2015).

Berdasarkan hasil Kongres Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia XII (PERSI) pada bulan November 2012, bahwa kejadian pasien jatuh termasuk ke dalam tiga besar insiden medis rumah sakit. Insiden ini menduduki peringkat kedua setelah *medicine error*. Dari laporan tersebut didapatkan data kejadian jatuh sebanyak 34 kejadian. Hal ini membuktikan bahwa kejadian jatuh pasien masih tinggi di Indonesia (Komariah, 2012).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) Kementerian Kesehatan RI dari tahun 2007-2013, terkait dengan prevalensi cedera penduduk pada semua umur menurut provinsi tahun 2013, Sumbar mencapai angka kejadian cedera 7,8%, DKI mencapai 9,8%, Sulsel termasuk angka cedera tertinggi yaitu 12,8%. Meskipun angka kejadian cedera di daerah Sumbar masih dibawah angka rata-rata yaitu 7,8% jika dibandingkan dengan angka rata-rata kejadian diseluruh provinsi di Indonesia tahun 2013 yaitu (8,2%). Namun ditinjau dari kecenderungan prevalensi cedera, di daerah Sumbar terjadi peningkatan angka kejadian dari 4,8% (2007) ke 7,8% (2013), dan dilihat dari proporsi penyebab cedera yang tertinggi adalah akibat jatuh yaitu 40,9%.

Pada saat peneliti melakukan survey awal, RSUP Dr. M. Djamil Padang masih merupakan Rumah Sakit pusat rujukan tersier (level-3) dengan Tipe-B Plus Pendidikan yang berada di Sumatera Barat, akan menuju ke RS tipe A dan terakreditasi nasional pada tahun 2016. Rumah sakit ini memiliki kapasitas tempat tidur 800 buah. Bentuk pelayanan yang telah diberikan oleh RS adalah pelayanan kesehatan spesialisik dan sub-spesialistik. Saat ini RS telah ikut serta menjalankan upaya pemerintah dalam meneyhatkan masyarakat melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS, dengan berbagai pelayanan unggulan. Dihitung dari jumlah SDM kurang lebih 2340 orang yang terdiri dari para SDM profesional dan SDM penunjang kesehatan yang mendukung pelayanan kesehatan di RSUP DR.M.Djamil.

Berdasarkan survey pendahuluan melalui wawancara dengan sekrertaris sub komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) di RSUP Dr.M.Djamil Padang, menyatakan bahwa organisasi keselamatan pasien di RSUP Dr.M.Djamil Padang sudah terbentuk sejak tahun 2012 bernama tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dan Manajemen Resiko Klinis (MRK). Pada tahun 2015 organisasi ini direvisi dan direstruktirisasi sehingga berada di bawah Komite Mutu dan Manajemen Risiko (KMMR). Keselamatan pasien telah mendapatkan

perhatian dan menjadi komitmen bersama di lingkungan rumah sakit. Programnya sudah dilakukan mulai dari tahap perencanaan sampai dengan tahap evaluasi. Sedangkan dalam penerapannya sehari-hari standar tersebut belum sesuai yang diharapkan.

Hasil wawancara dan observasi dokumen dengan Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien RSUP DR.M.Djamil Padang, tim komite sudah menerima sebanyak 19 laporan insiden keselamatan pasien terhitung tahun 2011 s/d tahun 2015 yang berasal dari unit-unit kerja. Berdasarkan jenis dan jumlah insiden keselamatan pasien (IKP) terdapat 11 kasus KTD (58%), diantaranya ada 6 kejadian pasien jatuh (32%), salah obat terdapat 15 kejadian (26%), salah transfusi terdapat 2 kejadian (1%). Ditinjau dari tempat/ lokasi kejadian (IKP), ruangan yang paling banyak angka insiden adalah di rawat inap 52%. Kondisi ini belum menggambarkan kejadian secara keseluruhan, karena masih kurangnya budaya pelaporan di RSUP Dr M Djamil Padang ke Komite Mutu. (Dokumen Sub Komite KPRS/ KMMR RSUP Dr.M.Djamil Padang, 2015).

Dibandingkan dengan angka insiden keselamatan pasien pada rumah sakit lainnya seperti RSUD Kendal, dari laporan kejadian tahun 2014 terdapat Kejadian Nyaris Cidera (KNC) sebanyak 1434 laporan, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 914 kejadian diantaranya insiden pasien jatuh terdapat 3 kasus. Masalah ini merupakan salah satu isu utama dalam keselamatan pasien dipelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan sesuatu yang jauh lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan. (dalam penelitian Fradana Setijawan Jusuf, 2015)

Berdasarkan hasil survei kepuasan pasien di RSUP Dr.M.Djamil Padang, didapatkan tingkat kepuasan pasien pada triwulan-1 tahun 2016 yaitu 78%, belum mencapai target standar yang ditetapkan (>80%). Sedangkan tingkat pengetahuan petugas kesehatan terhadap penerapan enam sasaran keselamatan pasien baru mencapai 60%. Hal ini menjadi perhatian penting bagi pihak manajemen RSUP Dr M Djamil Padang untuk mengambil langkah-langkah ke depan terutama dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, dimana rumah sakit wajib untuk terakreditasi termasuk enam sasaran keselamatan pasien. (sumber data: RSUP.Dr.M.Djamil tahun 2015).

Berdasarkan survei dokumen dari Komite Keselamatan Pasien RSUP Dr.M.Djamil Padang, rumah sakit telah menerapkan 6 (enam) indikator standar

sasaran keselamatan pasien untuk meningkatkan penanganan terhadap pasien. Dari hasil evaluasi penerapan enam indikator sasaran keselamatan pasien pada periode triwulan1 tahun 2016, baru mencapai **74%**. Pada capaian penerapan standar sasaran keselamatan pasien (SKP) yang pertama (identifikasi pasien) yaitu 80%, untuk capaian SKP dua yaitu 66%, capaian SKP tiga yaitu 100% (pelabelan obat *high alert*) sedangkan data kejadian *prescribing error* yaitu 31%, capaian SKP empat yaitu 61%, capaian SKP 5 yaitu 79% dan capaian SKP enam yaitu 0% karena adanya insiden jatuh 7%. Angka tersebut menunjukkan belum mencapai target yang diharapkan sesuai standar dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah 100%.

Berdasarkan wawancara dengan ketua KPRS RSUP DR.M.Djamil Padang, meskipun selama ini berbagai upaya pencapaian standar terkait penerapan enam sasaran keselamatan pasien telah dilakukan dari rumah sakit namun belum mencapai target sasaran. Bentuk standar yang telah dilakukan seperti, penyelenggaraan pelatihan dan workshop tentang KPRS dan MRK, pembentukan tim KPRS, penetapan champion sebagai motor penggerak standar KPRS di setiap unit kerja, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko.

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat utama untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh KARS. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh. (Permenkes 1691/MENKES/ PER/VIII/2011).

Dari latar belakang yang diuraikan diatas maka penulis berpendapat bahwa saat ini mutu pelayanan kesehatan telah memasuki era keselamatan pasien. Hal ini didasari dari penetapan kelulusan akreditasi RS untuk pencapaian ke level paripurna. Peningkatan mutu pelayanan dan upaya keselamatan pasien di rumah sakit sudah merupakan sebuah gerakan universal kearah paradigma baru yaitu *quality-safety*. Hal ini juga sesuai dengan penetapan standar utama yang harus dipenuhi pada penilaian akreditasi versi baru yaitu penerapan standar sasaran keselamatan pasien. Rumah sakit yang sudah memenuhi standar akreditasi versi

baru tersebut tidak hanya dinilai dari aspek pemberian pelayanan medis, juga termasuk pelayanan keperawatan, pelayanan farmasi dan pelayanan gizi. Dari tingkat kompetensi atau profesionalisme seorang profesi pemberi asuhan pasien dalam memberikan pelayanan akan sangat mempengaruhi kualitas asuhan, keselamatan pasien, tingkat kepuasan pasien dan mutu rumah sakit.

Dari pemaparan penulis terhadap permasalahan diatas bahwa masih kurangnya pencapaian penerapan enam indikator sasaran keselamatan pasien khususnya di ruangan rawat inap RSUP Dr. M.Djamil Padang, maka penulis tertarik untuk meneliti penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan dalam peningkatan mutu pelayanan di rawat inap RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2016. Penelitian ini berdasarkan kepada pendekatan sistem yang meliputi aspek masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimana Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2017 ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dalam peningkatan mutu pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis *input* yaitu kebijakan/regulasi, pedoman dan standar prosedur, sumber daya manusia, metode, dana dan sarana dalam penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dalam peningkatan mutu pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2017
- b. Menganalisis proses yaitu Perencanaan, Pengorganisasian, Penggerakan, Pelaksanaan meliputi empat aspek (membudayakan keselamatan pasien di

RS, pengorganisasian, pelaksanaan standar, implementasi enam sasaran keselamatan pasien) dan Monitoring Evaluasi dalam penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dalam peningkatan mutu pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2017

- c. Menganalisis *output* yaitu keberhasilan pelaksanaan program penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dalam peningkatan mutu pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2017.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Aspek Teoritis

Bagi pengembangan khasanah ilmu manajemen SDM khususnya yang berkaitan dengan pengelolaan keselamatan pasien dan diharapkan dapat menambah wawasan dan penjelasan teoritis terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan terutama di Rumah Sakit

1.4.2

a.

Aspek Praktis

Bagi Ruamh Sakit

Sebagai bahan masukan bagi profesional perumahsakitan dan RSUP Dr.M.Djamil Padang dalam menyusun kebijakan dan strategi dalam upaya peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit dan diharapkan dapat dijadikan acuan untuk rumah sakit dalam evaluasi sejauh mana kinerja pelayanan di bidang kesehatan.

b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pemahaman dalam menerapkan teori-teori yang ada dalam perkuliahan secara nyata dalam pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam rangka pengembangan pendidikan dan pengajaran tentang keselamatan pasien terutama dalam hal aplikasi dilapangan. Diharapkan pemberian materi kuliah terkait keselamatan pasien dapat lebih aplikatif

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Keselamatan Pasien Rumah Sakit

2.1.1. Pengertian Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. (Permenkes No.1691/2011).

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai *freedom from accidental injury*. Senada dengan hal ini Hughes (2008) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Praktek keselamatan pasien adalah mengurangi risiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkungan diagnosis atau kondisi perawatan medis.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Sedangkan intervensi keselamatan pasien di rumah sakit adalah segala bentuk kegiatan yang dapat mengurangi kemungkinan kejadian yang tidak diharapkan yang dihasilkan akibat sistem pelayanan kesehatan rumah sakit, tidak hanya akibat tindakan dan prosedur aktif namun juga terkait pelayanan rumah sakit sederhana yang berhubungan dengan infeksi nosokomial (Ranji & Shojania, 2008).

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera dan kejadian potensial cedera. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden

yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Dari beberapa definisi tersebut dapat di simpulkan secara garis besar bahwa keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman dengan pencegahan cidera terhadap pasien. (Permenkes No.1691/2011)

2.1.2. Tujuan Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Menurut Depkes RI (2006) Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) tujuan keselamatan pasien adalah :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-standar pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

2.2. Program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Penulis menggunakan beberapa tinjauan pustaka terkait standar keselamatan pasien di rumah sakit yang telah resmi diterbitkan oleh Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI dan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Nasional. Penyelenggaraan standar keselamatan pasien di rumah sakit yaitu sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/ MENKES/ PER/ VIII/ 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Buku panduan yang digunakan dalam praktek keselamatan pasien di rumah sakit saat ini telah terbit sejak tahun 2006 oleh Komite Keselamatan Pasien RS (KKP-RS) Nasional dengan judul "Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit". Untuk pelaporan kejadian keselamatan pasien juga telah diterbitkan sejak

tahun 2008 oleh KKP-RS Nasional dengan judul “Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien”.

2.2.1. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien. TKPRS bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat 1 Permenkes 1691 tahun 2011. Keanggotaan TKPRS terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesional kesehatan di rumah sakit (Permenkes,2011).

Uraian tugas dari Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. Mengembangkan standar keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut
- b. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan standar keselamatan pasien rumah sakit
- c. Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) standar keselamatan pasien rumah sakit
- d. Bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit
- e. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran
- f. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- g. Membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

2.2.2. Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Standar keselamatan pasien yang diuraikan dalam bagian ini mengacu pada standar yang telah terbit sejak tahun 2006 oleh KKP-RS Nasional dengan judul “Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit”. Standar tersebut terdiri dari tujuh standar, yaitu: 1) Hak pasien, 2) Mendidik pasien dan keluarga, 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, 4) Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan standar peningkatan keselamatan pasien, 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan

pasien, 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien, 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

2.2.3. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes No.1691 tahun 2011 Pasal 8, menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat utama untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solution* dari WHO *Patient Safety* yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Nasional PERSI (KKPRS PERSI) dan *Joint Commission International* (JCI)

2.2.3.1. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian identifikasi pasien. Maksud dan Tujuan Sasaran I:

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbus/ tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensorik, atau akibat situasi lain.

Tujuan sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu

proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen Penilaian Sasaran I :

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2.2.3.2. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II :

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

Elemen Penilaian Sasaran II

1. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.

2. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

Faktor kontributor yang sering menyebabkan insiden keselamatan pasien salah satunya adalah komunikasi yaitu komunikasi verbal dan tertulis dalam hal ini komunikasi antar perawat, perawat dengan dokter, perawat dengan pasien dan perawat dengan profesional lainnya. Rumah sakit apabila tidak memperdulikan dan tidak menerapkan keselamatan pasien akan mengakibatkan dampak menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada dan berakibat penurunan mutu pelayanan rumah sakit. (Cahyono, 2008)

Menurut (Suarli, 2012) dalam jurnal Uyan Ari Lidiyah, (2015), kegiatan keperawatan yang memerlukan komunikasi meliputi :

1. Komunikasi saat timbang terima antar perawat

Perawat melakukan timbang terima bersama dengan perawat lainnya dengan cara berkeliling ke setiap pasien dan menyampaikan kondisi pasien secara akurat di dekat pasien. Dengan menggunakan langkah-langkah SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*) baik lisan maupun tulisan. (Nursalam, 2014).

2. Komunikasi dalam pendokumentasian

Dokumentasi adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan dan kedokteran. Keterampilan dokumentasi yang efektif menggunakan sistem pendokumentasian dengan SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*). Penulisan instruksi harus dilakukan secara lengkap, dapat terbaca dengan jelas. Harus menuliskan nama lengkap, tanda tangan serta tanggal dan waktu. Hindari penggunaan singkatan, akronim, dan simbol yang berpotensi menimbulkan masalah dalam penulisan instruksi dan dokumentasi medis (KARS, 2013).

3. Komunikasi perawat dengan dokter atau sebaliknya

Menurut Eugenia (2008) komunikasi antara perawat dan dokter yaitu komunikasi saat mengadakan pemeriksaan keliling atau visite dokter dan melalui telepon.

- Pemeriksaan keliling atau visite dokter ke ruangan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan pasien, perawat mendampingi dokter saat melakukan pemeriksaan dan menyampaikan informasi tentang pasien dengan sistem SBAR. Perawat mencatatkan hasil pemeriksaan dokter dan rencana tindak lanjut kedalam catatan keperawatan atau dokumentasi keperawatan menggunakan komunikasi verbal TBAK (tulis, baca, konfirmasi kembali)
- Komunikasi melalui telepon adalah tindakan pelaporan kondisi pasien kepada dokter melalui telpon menggunakan komunikasi verbal dengan SBAR (*Situation, Background, Assestment, Recommendation*). Petugas menerima instruksi verbal per telpon dari dokter menggunakan komunikasi verbal dengan TBAK (tulis, baca, konfirmasi kembali), saat keesokan harinya dokter penanggung jawab pasien memberikan konfirmasi (KARS, 2013).

2.2.3.3. Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*)

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

Maksud dan Tujuan Sasaran III :

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*High Alert Medication*) adalah obat-obatan yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/ kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse event*) seperti obat-obat yang terlihat mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM), obat-obat yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsetrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang terlalu pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat 50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum di tugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan

obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran III

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
2. Implementasi kebijakan dan prosedur. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
3. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

Prosedur pengelolaan *high alert medication*

Lakukan prosedur dengan aman dan hati-hati selama memberikan instruksi, mempersiapkan, memberikan obat, dan menyimpan *high alert medications*.

1. Persiapan
 - a. Jangan berikan instruksi hanya secara verbal mengenai *high alert medications*.
 - b. Dokter harus mempunyai diagnosis, kondisi, dan indikasi penggunaan setiap *high alert medications* secara tertulis.
 - c. Jika memungkinkan, persiapan *high alert medications* haruslah terstandarisasi dengan menggunakan instruksi tercetak.
 - d. Instruksi kemoterapi harus ditulis pada Formulir Instruksi Kemoterapi dan ditandatangani oleh spesialis onkologi, informasi ini termasuk riwayat alergi pasien, tinggi badan, berat badan, dan luas permukaan tubuh pasien. Hal ini memungkinkan ahli farmasi dan perawat untuk melakukan pengecekan ganda terhadap penghitungan dosis berdasarkan berat badan dan luas permukaan tubuh.
2. Penyimpanan
 - a. *High alert medications* disimpan di pos perawat di dalam troli atau cabinet yang memiliki kunci.
 - b. Semua tempat penyimpanan harus diberikan label yang jelas dan

dipisahkan dengan obat-obatan rutin lainnya.

2.2.3.4. Sasaran IV: Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat- pasien. Maksud dan Tujuan Sasaran IV :

Salah lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Praktek berbasis bukti juga digunakan seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist (SSC)* dari *WHO Patient Safety*, juga *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang
- melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV :

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
2. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/ *time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

2.2.3.5. Sasaran V: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Maksud dan Tujuan Sasaran V :

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada saluran darah/ BSI (*blood stream infections*) dan pneumonia (seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lainnya adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/ atau prosedur yang menyesuaikan atau menadoposi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

- Elemen Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (dari *WHO Patient Safety*).
- Rumah sakit menerapkan standar *hand hygiene* yang efektif
- Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

2.2.3.6. Sasaran VI: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh.

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan Sasaran VI :

Jumlah kasus pasien jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi / masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa dari riwayat jatuh, telaah obat-obatan terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

Elemen Penilaian Sasaran VI

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
4. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

2.2.4 Sembilan Solusi *Live Saving* Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (KKPRS, 2007)

- a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*).
- b. Pastikan identifikasi pasien.
- c. Komunikasi secara benar saat serah terima / pengoperan pasien
- d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

- e. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*).
- f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.
- g. Hindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*).
- h. Gunakan alat injeksi sekali pakai.
- i. Tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan Infeksi nosokomial.

2.2.5. Langkah–Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemkes R1,2015)

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus merancang standar keselamatan pasien. Ada tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit sesuai dalam buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang isinya sebagai berikut:

2.2.5.1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Langkah pertama ini dilakukan dengan menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil dalam segala aspek pelayanan rumah sakit. Langkah kongkrit penerapannya adalah sebagai berikut:

- a. Bagi rumah sakit
 - 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga
 - 2) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden
 - 3) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
 - 4) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.
- b. Bagi unit kerja/ tim
 - 1) Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden
 - 2) Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

2.2.5.2. Pimpin dan dukung staf rumah sakit

Langkah kedua ini dilakukan dengan membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Langkah kongkrit penerapannya adalah sebagai berikut:

a. Untuk rumah sakit

- 1) Pastikan ada anggota direksi atau pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien
- 2) Identifikasi di tiap unit/ bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi penggerak/ champion dalam “Gerakan Keselamatan Pasien”
- 3) Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat direksi/ pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
- 4) Masukkan standar keselamatan pasien dalam semua standar latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

b. Untuk unit kerja / tim:

- 1) Nominasikan ”penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
- 2) Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan Gerakan Keselamatan Pasien
- 3) Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden.

2.2.5.3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Langkah ketiga ini dilakukan dengan mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah. Langkah penerapan adalah sebagai berikut:

a. Untuk rumah sakit

- 1) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
- 2) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/Pimpinan rumah sakit.
- 3) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

b. Untuk unit kerja / tim

- 1) Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.
- 2) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit.
- 3) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut
- 4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

2.2.5.4. Kembangkan sistem pelaporan

Langkah keempat ini dilakukan dengan memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

a. Untuk rumah sakit

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KPP-RS.

b. Untuk unit kerja / tim

Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

2.2.5.5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Langkah kelima ini dilakukan dengan mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien. Langkah penerapannya yaitu sebagai berikut:

a. Untuk rumah sakit

- 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya
- 2) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden

- 3) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

b. Untuk unit kerja / tim

- 1) Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- 2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
- 3) Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

2.2.5.6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Langkah keenam ini dilakukan dengan mendorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Langkah penerapannya yaitu sebagai berikut:

a. Untuk rumah sakit

- 1) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab
- 2) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) atau *Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)* atau metoda analisis lain, yang harus mencakup semua insiden yang telah terjadi dan minimum satu kali per tahun untuk proses risiko tinggi

b. Untuk unit kerja / tim

- 1) Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden
- 2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

2.2.5.7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Langkah ketujuh ini dilakukan dengan menggunakan informasi yang ada tentang kejadian / masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan. Langkah penerapannya yaitu sebagai berikut:

a. Untuk rumah sakit

- 1) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat. Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran

ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.

- 2) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- 3) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKP-RS.
- 4) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

b. Untuk unit kerja / tim

- 1) Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- 2) Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya.
- 3) Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju sasaran keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya. (Permenkes.RI No.1691/2011)

2.2.6 Manajemen Risiko

2.2.6.1 Konsep Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko, dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Manajemen risiko rumah sakit adalah kegiatan berupa identifikasi dan evaluasi untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri. (*The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/JCAHO*).

Setiap upaya medik umumnya mengandung risiko, sebagian di antaranya berisiko ringan atau hampir tidak berarti secara klinis. Namun tidak sedikit pula

yang memberikan konsekuensi medik yang cukup berat. Risiko didefinisikan sebagai kemungkinan sesuatu terjadi atau potensi bahaya yang terjadi yang dapat memberikan pengaruh kepada hasil akhir. Risiko yang dicegah berupa risiko klinis dan risiko non klinis . Risiko klinis adalah risiko yang dikaitkan langsung dengan layanan medis maupun layanan lain yang dialami pasien selama di RS. Sementara risiko non medis ada yang berupa risiko bagi organisasi maupun risiko finansial.

Menurut Dwipraharso (2004) dalam Rizanda (2008), risiko medis dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu:

1. Tingkat probabilitas dan keparahannya minimal (umumnya bersifat *foreseeable but unavoidable, calculated, controllable*).
2. Risiko “bermakna” tetapi harus diambil karena “*the only way*” (*unavoidable*).

Risiko 1 dan 2 memerlukan *informed consent* sehingga bila terjadi dokter tidak bertanggung jawab secara hukum.

3. Risiko yang *unforeseeable = untoward results*

Bentuk faktor-faktor yang berpengaruh terjadinya risiko dapat dilihat pada tabel 2.1 dibawah ini:

Tabel 2.1. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terjadinya Risiko

Faktor	Komponen yang berperan
1	2
1.Organisasi dan Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> • Sumber dan keterbatasan keuangan • Struktur organisasi • Standar dan tujuan kebijakan • Safety culture
2. Lingkungan pekerjaan	<ul style="list-style-type: none"> • Kualifikasi staf dan tingkat keahlian • Beban kerja dan pola shift • Desain, ketersediaan dan pemeliharaan alkes • Dukungan administratif dan manajerial
3. Tim	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi verbal • Komunikasi tulisan • Supervisi dan pemanduan • Struktur tim
4. Individu dan staf	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan dan ketrampilan • Motivasi • Kesehatan mental dan fisik
5. Penugasan	<ul style="list-style-type: none"> • Desain penugasan dan kejelasan struktur

1	2
	penugasan
Karakteristik pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan dan pemanfaatan prosedur yang ada • Ketersediaan dan akurasi hasil tes • Kondisi (Keparahan dan kegawatan) • Bahasa dan komunikasi • Faktor sosial dan personal

Sumber: Dwipraharso (2004)

Langkah-langkah untuk meminimalkan risiko (Dwipraharso. 2004):

- a. Meningkatkan peran rumah sakit dan manajemen dalam mencegah *error* dengan cara mengembangkan sistem yang selain bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan juga menjamin bahwa setiap upaya, prosedur dan sistem pelayanan yang dilakukan aman untuk pasien, petugas dan lingkungan. Hal tersebut dipresentasikan dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO), *clinical practice guidelines*, *clinical pathway*.
- b. Meningkatkan peran staf rumah sakit agar terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelayanan kesehatan di RS untuk mampu mengenali, mengidentifikasi dan menganalisis kejadian *medical error* dan melakukan upaya yang adekuat untuk mengatasi *error* yang sudah terlanjur terjadi.
- c. Setiap staf harus menyadari bahwa mereka adalah bagian dari tim yang bekerja dalam satu sistem. Kerja tim yang baik juga sangat ditentukan oleh kinerja manajemen rumah sakit yang baik, mulai dari dukungan moral, finansial, teknis dan operasional hingga terjalinnya komunikasi yang baik antara pihak manajemen dengan pihak praktisi.

Dalam setiap pusat pelayanan kesehatan harus dibangun sistem yang dapat menjamin bahwa setiap tindakan medik yang dilakukan haruslah aman bagi pasien maupun petugas dan lingkungan sekitar. Pendekatan yang dapat dilakukan disebut dengan manajemen risiko. Manajemen risiko dapat digambarkan sebagai proses berkelanjutan dari identifikasi secara sistemik, evaluasi dan penatalaksanaan risiko dengan tujuan mengurangi dampak buruk bagi organisasi

maupun individu. Rumah Sakit perlu menggunakan pendekatan proaktif dalam melaksanakan manajemen risiko. (RR, Balsamo dan MD, Brown., 1998)

2.2.6.2 Grading Risiko

Berdasarkan Permenkes RI nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011, pada saat melaporkan sebuah kejadian keselamatan pasien diperlukan prosedur analisis grading risiko kejadian keselamatan pasien untuk menentukan tindak lanjut dari sebuah insiden yang telah terjadi terkait bentuk investigasi insiden penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya. Penilaian dampak/ akibat (*consequences*) suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dan tidak ada cedera sampai meninggal. Penilaian tingkat probabilitas/ frekuensi (*likelihood*) risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

2.2.7 Tipe Insiden Keselamatan Pasien

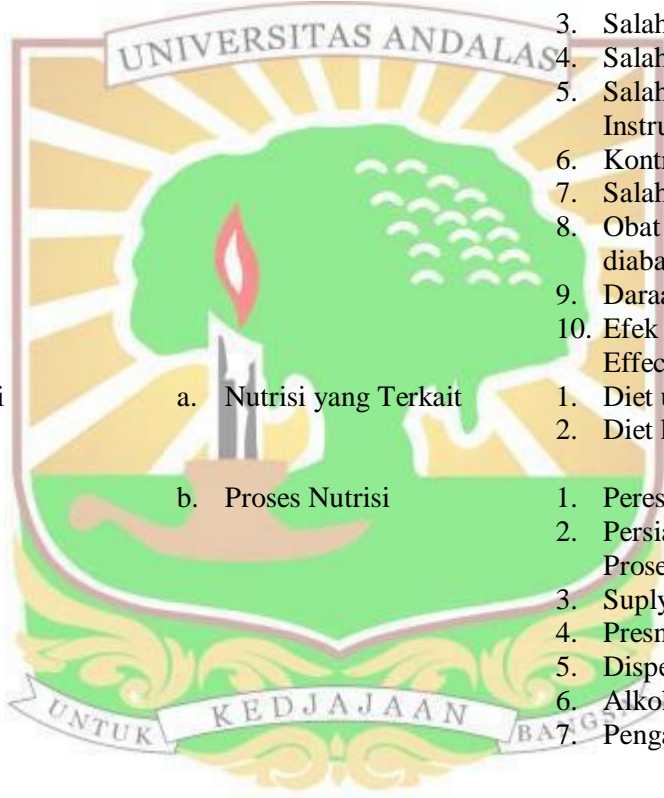
Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera dan kejadian potensial cedera. Untuk mengisi tipe insiden, harus melakukan analisis dan investigasi terlebih dahulu. Insiden terdiri dari tipe insiden dan sub tipe insiden yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.2: Tipe Insiden Dan Sub Tipe Insiden

No.	Tipe Insiden	Sub Tipe Insiden
1	2	3
1	Administrasi Klinik	a. Proses <ol style="list-style-type: none"> 1. Serah terima 2. Perjanjian 3. Daftar tunggu/ Antrean 4. Admisi 5. Keluar/ Pulang dan Ranap RS 6. Pindah perawatan (<i>Transfer of Care</i>) 7. Identifikasi pasien 8. <i>Consent</i> 9. Pembagian tugas 10. Respon terhadap kegawatdaruratan b. Masalah <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi 2. Tidak lengkap / Inadekuat 3. Tidak tersedia 4. Salah pasien

1	2	3
		5. Salah proses / Pelayanan
2 Proses / Prosedur Klinis	a. Proses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skrining / Pencegahan/ medical Check Up 2. Diagnosis / Assesment 3. Prosedur/ Pengobatan / Intervensi 4. <i>General Care / Management</i> 5. Test / Investigasi 6. Spesimen / Hasil 7. Belum dipulangkan : <i>Detention / Restrain</i>
	b. Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi 2. Tidak lengkap / Inadekuat 3. Tidak tersedia 4. Salah pasien 5. Salah Proses / Pengobatan/ Prosedur 6. Salah bagian tubuh / sisi
3 Dokumentasi	a. Dokumen yang Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Order / Permintaan 2. Chart/ Rekam Medik/ Assesment 3. Check List 4. Form/ Sertifikat 5. Instruksi/ Informasi/ 6. Kebijakan/ SOP/ <i>Guidelene</i> 7. Label/ Stiker/ Identifikasi Bands/ Kartu 8. Surat/ E-mail/ Rekaman komunikasi/ 9. Laporan/ Hasil/ Image
	b. Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokmumen hilang / tidak tersedia 2. Terlambat memasukkan dokumen 3. Salah dokumen/ salah orang 4. Tidak jelas/ membingungkan 5. Informasi dalam dokumen tidak lengkap

1	2	3
4 Infeksi Nosokomial/ <i>Hospital Assosiated Infection</i>	a. Tipe Organisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bakteri 2. Virus 3. Jamur 4. Parasit 5. Protozoa 6. Riketsia 7. Prion (partikel protein yang infeksius)
	b. Tipe A gan Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bloodstream 2. Bagian yang dioperasi 3. Abses 4. Pneumonia 5. Kanul IV 6. Protesis Infeksi 7. Drain/ Tube Urine 8. Jaringan Lunak
5 Medikasi / saluran Infus	a. Medikasi/ Cairan infus yang Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar Medikasi 2. Daftar cairan infus
	b. Proses Penggunaan Medikasi / Cairan Infus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peresepian 2. Persiapan/ Dispensing 3. Pemaketan 4. Pengantaran 5. Pemberian 6. Suply/ Pesan 7. Penyimpanan 8. Monitoring
	c. Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salah pasien 2. Salah obat 3. Salah dosis/ kekuatan/ frekuensi 4. Salah formulasi/ presentasi 5. Salah rute pemberian 6. Salah jumlah/ kuantitas 7. Salah dispensing label/ Instruksi 8. Kotraindikasi 9. Salah penyimpanan 10. <i>Ommited Medicine or Dose</i> 11. Obat Kadaluarsa 12. <i>Adverse Drug Reaction/</i> reaksi efek samping obat
6 Transfusi Darah/ Produk Darah	a. Tgransfusi darah / Produk darah terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produk seluler 2. Faktor pembekuan (<i>clothing</i>) 3. Albumin / plasma protein 4. Imunoglobulin

1	2	3
	b. Proses Tranfusi darah / Produk darah terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Test Pre tranfusi 2. Peresepan 3. Persiapan/ Dispensing 4. Pengantaran 5. pemberian 6. Penyimpanan 7. Monitoring 8. Presentasi/ pemakaian 9. Suply/Pesan
	c. Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salah pasien 2. Salah darah/ Produk darah 3. Salah dosis/ Frekuensi 4. Salah jumlah 5. Salah label dispensing/ Instruksi 6. Kontraindikasi 7. Salah penyimpanan 8. Obat atau dosis yang diabaikan 9. Daraah kadaluarsa 10. Efek samping/ adverse Effect
7 Nutrisi	 <p>a. Nutrisi yang Terkait</p> <p>b. Proses Nutrisi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diet umum 2. Diet khusus 1. Peresepan/ Permintaan 2. Persiapan/ Manufaktur/ Proses memasak 3. Suply/ order 4. Presntation 5. Dispensing 6. Alkohol 7. Pengantaran 8. Pemberian 9. Penyimpanan
	c. Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salah pasien 2. Salah diet 3. Salah jumlah 4. Salah frekuensi 5. Salah konsistensi 6. Salah penyimpanan
8 Oksigen / gas	a. Oksigen / gas terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar oksigen / gas terkait

1	2	3
	b. Proses Penggunaan oksigen/ Gas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Label Cilinder/ warna /code/ inden pin 2. Peresepan 3. Pemberian 4. Pengantaran 5. Suply/ order 6. Penyimpanan
	c. Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salah pasien 2. Salah Gas 3. Salah rate/ flow/ konstentrasi 4. Salah mode pengantaran 5. Kontraindikasi 6. Salah penyimpanan 7. Gagal pemberian 8. Kontaminasi
9	Alat medis / Alat Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipe Alat Medis/ Alat Kesehatan/ <i>Equipment Property</i> 2. Masalah
10	a. Prilaku pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar alat medis/ Alat Kesehatan/ <i>Equipment Property</i> 1. Presentation / pemaketan tidak baik 2. Ketidakterediaan 3. <i>Inappropriate for task</i> 4. Tidak bersih / tidak steril 5. Kegagalan/ malfungsi 6. <i>Dislodgement/ Miskoneksi/ Removal</i> 7. <i>User error</i>
	b. Agresion/ Assault	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak kooperatif 2. Tidak pantas/ sikap bermusuhan/ kasar 3. Beresiko/ Sembrono/ Berbahaya 4. Masalah dengan substansi/ <i>abuse</i> 5. Mengganggu / <i>Harrasment</i> 6. Diskriminatif/ Berprasangka 7. Berkialaran, melarikan diri 8. Sengaja mencederai / bunuh diri
11	Tipe jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipe jatuh 1. Terssandung 2. Slip 3. Kolaps 4. Hilang keseimbangan

	b. Keterlibatan Saat jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Velbed 2. Tempat tidur 3. Kursi 4. Strecher 5. Toilet 6. Peralatan terapi 7. Tenaga 8. Dibawa/ dibantu oleh orang lain
12 Kecelakaan	a. Benturan tumpul	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak dengan benda / binatang 2. Kontak dengan orang 3. Hancur , remuk 4. Gesekan kasar
	b. Serangan Tajam/tusukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cakaran, sayatan 2. Tusukan 3. Gigitansengatan 4. Serangan tajam lainnya
	c. Kejadian mekanik lain	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benturan akibat kecelakaan bom 2. Kontak dengan mesin
	d. Peristiwa mekanik lain	
	e. Mekanisme Panas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panas yang berlebihan 2. Dingin yang berlebihan
	f. Ancaman Pada pernafasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ancaman mekanik pernafasan 2. Tenggelam atau hampir tenggelam 3. Pembatasan oksigen / kekurangan tempat 4. Confirement to oxygen – <i>deficient place</i>
	g. Paparan bahan kimia atau substansi lainnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keracunan bahan kimia atau substansi lainnya 2. Bahan Kimia korosi
	h. Mekanisme spesifik lain yang menyebabkan cedera	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paparan listrik/ radiasi 2. Paparan suara/ getaran 3. Paparan tekanan udara 4. Paparan karena grafitasi rendah
	i. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam	
13 Infrastruktur / Bangunan / Benda lain yang terpasang tetap	a. Keterlibatan struktur/ bangunan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar struktur 2. Daftar bangunan
	b. Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 3. Daftar furnitur 4. Inadekuat 5. <i>Damaged/ Faulty/ Worn</i>
14 Rescurce / Manajemen Organisasi	a. Beban kerja manajemen yang berlebihan	
	b. Ketersediaan/ keadekuatan tempat	

-
- | | |
|--------------------------------|--|
| | tidur/ pelayanan |
| | c. Sumber daya manusia |
| | d. Ketersediaan/
keadekuatan staf |
| | e. Organisasi / Tim |
| | f. Protocols/ Kebijakan/
SOP/ Guidelene |
| | g. Ketersediaan /
Adequacy |
| 15 Laboratorium /
Patologis | a. Pengambilan/ <i>Pic up</i> |
| | b. Transport |
| | c. Sorting |
| | d. Data entry |
| | e. Prosesing |
| | f. Verifikasi/ validasi |
| | g. Hasil |
-

(Sumber : Pedoman Pelaporan IKP, KKP-RS, Edisi.2 Tahun 2008)

2.2.8 Dasar Hukum atau Kebijakan *Patient Safety*

Aspek hukum terkait dengan “*patient safety*” atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Pasal 53 (3) UUNo.36/2009 tentang kesehatan :
Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.
- b. Pasal 32n UU No.44/2009 tentang rumah sakit :
Setiap pasien mempunyai hak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit
- c. Pasal 29b UU No.44/2009 tentang rumah sakit :
Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- d. Pasal 45 (1) UU No.44/2009 tentang rumah sakit :
Rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.
- e. Pasal 32d UU No.44/2009 tentang rumah sakit :

Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesional dan standar prosedur operasional.

f. Pasal 32e UU No.44/2009 tentang rumah sakit :

Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.

g. Pasal 32j UU No.44/2009 tentang rumah sakit :

Setiap pasien mempunyai hak mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.

h. Pasal 32q UU No.44/2009 tentang rumah sakit :

Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana.

i. Pasal 43 UU No.44/2009 :

- 1) Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.
- 2) Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
- 3) Rumah sakit melaporkan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri.
- 4) Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan peraturan menteri.

j. Permenkes RI No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit :

Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi:

- 1) Assessment risiko
- 2) Identifikasi dan pengelolaan yang terkait risiko pasien
- 3) Pelaporan dan analisis insiden
- 4) Kemampuan belajar dari insiden
- 5) Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan risiko

2.2.9 Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *patient safety*

Menurut Cahyono (2008), penerapan keselamatan pasien merupakan hal yang sangat kompleks dan tergantung oleh banyak faktor yang berkontribusi. Hambatan yang paling berat dalam penerapan keselamatan pasien adalah bagaimana menciptakan *Safety Culture* sebagai fondasi standar keselamatan pasien.

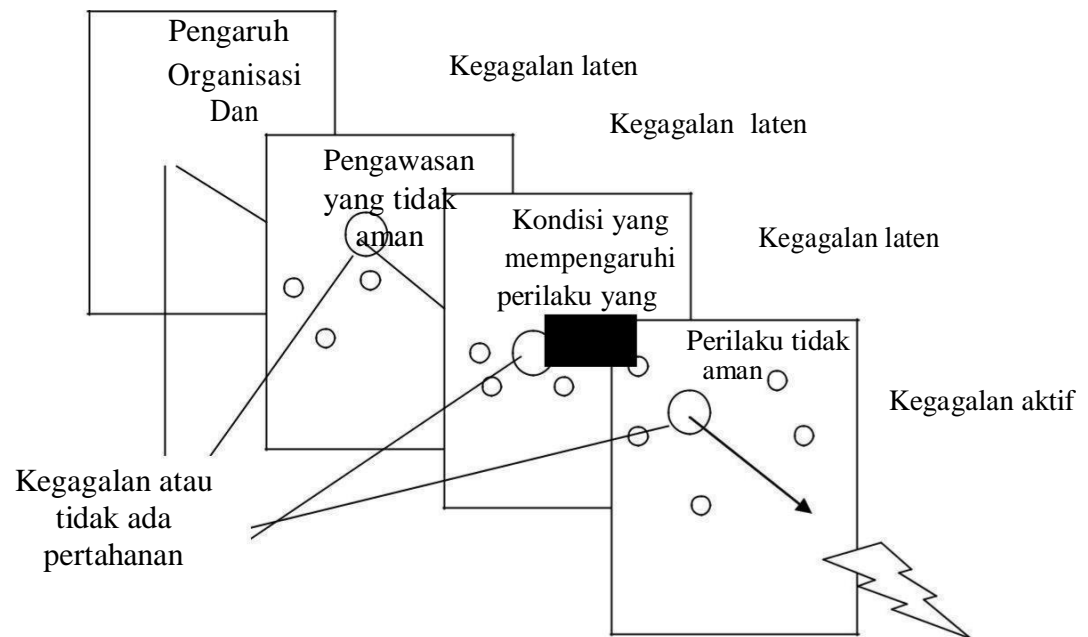
Lumenta (2007) menyatakan, selain kompleksitas yang terjadi dalam suatu organisasi rumah sakit, dalam penerapan keselamatan pasien juga dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu (1) faktor individu dan kinerja, (2) faktor lingkungan kerja, (3) faktor pasien, (4) faktor organisasional dan (5) faktor eksternal.

Dalam laporan *Institute of Medicine* (IOM), dikutip dari penelitian Yesi.F. (2014), menyimpulkan bahwa penyebab KTD lebih banyak akibat kesalahan sistem daripada individu. Penyebab KTD dapat juga menggunakan teori James Reason dalam tulisannya "*Human Error: Models and Manajement*" menjelaskan bahwa hampir semua KTD yang terjadi melibatkan berbagai kombinasi yaitu:

- 1) Kegagalan sistem pertahanan atau sistem *barier*.

Menurut Reason (2000) setiap organisasi atau perusahaan (termasuk rumah sakit) demi menghindari kerugian (KTD) pasti menerapkan suatu sistem pengaman atau sistem *barier*. Sistem ini diciptakan atau disusun lapis demi lapis agar tidak terjadi suatu insiden (KTD). Sesuatu kerugian atau KTD baru terjadi apabila sistem *barier* tersebut tidak berfungsi atau dilanggar oleh individu yang melakukan kesalahan atau pelanggaran.

Reason (2000) secara sederhana menggambarkan bagaimana insiden atau suatu kecelakaan dapat terjadi, seperti terlihat pada gambar dibawah ini :

Gambar : 2.1 Model Swiss Cheese

(Sumber: Reason (2000). *Human error: modes and management*, hal 769). **Kecelakaan**

Dalam kondisi ideal, potongan-potongan swiss cheese tersebut (yang dapat mengibaratkan sistem barrier atau mekanisme pertahanan terhadap kesalahan atau kealpaan yang dilakukan oleh manusia). Wujud nyata dari potongan kue keju tersebut dapat berupa pengaruh organisasi (proses manajemen, kepemimpinan, kebijakan dan prosedur), pengawasan yang aman, kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan pasien (kerja tim, peralatan, komunikasi, serta lingkungan yang nyaman dan aman) dan perilaku yang mendukung keselamatan pasien (profesional, disiplin, taat terhadap peraturan).

Potongan kue tidak selalu dalam keadaan utuh. Bisa saja potongan tersebut berlubang-lubang. Lubang pada potongan kue keju diartikan bahwa sistem barrier tidak berfungsi secara optimal. Lubang-lubang pada potongan kue ini memberikan penjelasan bahwa kebijakan dan prosedur keamanan tidak tersedia atau tidak ditaati, kinerja tim terganggu, peralatan yang tersedia mengalami malfungsi karena kurang pemeliharaan, kompetensi individu berada dibawah standar karena perencanaan dalam pelatihan bersifat sporadit. Tidak berfungsi satu barrier atau terbentuknya satu atau dua lubang (*barier dilanggar*) belum akan menimbulkan kecelakaan. Kecelakaan baru akan terjadi apabila di seluruh barrier terbentuk lubang secara linier.

2) Kegagalan aktif/ kegagalan petugas

Kegagalan aktif yaitu faktor manusia atau petugas yang melakukan kesalahan atau pelanggaran. Kecelakaan terjadi karena faktor manusia/petugas (dokter, perawat, farmasi dll) yang melakukan kegagalan aktif karena individu tersebut telah melanggar sistem pengamanan yang ada.

3) Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan

Petugas melakukan kesalahan, kegagalan atau pelanggaran disebabkan karena kondisi tempat mereka bekerja tidak dirancang agar aman dan nyaman. Faktor-faktor yang memudahkan petugas untuk berbuat salah atau melakukan pelanggaran yaitu :

a. Tekanan mental dan fisik

Suasana dan tuntutan kerja dalam pelayanan medis atau keperawatan menuntut kecepatan, ketepatan dan hati-hatian. Kondisi pasien dari waktu ke waktu dapat berubah secara tidak terduga. Semua ini membutuhkan konsentrasi, perhatian dan kewaspadaan yang tidak boleh lengah dan putus. Keadaan demikian dapat menimbulkan kelelahan mental dan fisik para petugas kesehatan.

b. Keterbatasan fisik

Petugas kesehatan yang menderita suatu gangguan fisik atau penyakit tertentu sebenarnya tidak layak melakukan pelayanan kesehatan pada pasiennya.

c. Gangguan lingkungan kerja

Lingkungan kerja yang tidak nyaman seperti berisik, gerah, suasana kerja tidak harmonis, gangguan telepon, kelebihan beban kerja merupakan sumber stress bagi para petugas. Kondisi yang demikian dapat mengganggu konsentrasi dan perhatian petugas.

4) Supervisi

5) *Teamwork*

6) Kondisi laten (kegagalan organisasi dan manajemen).

Kondisi laten atau kesalahan laten mencerminkan kelemahan dalam organisasi dan manajemen sehingga menciptakan kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan. Kesalahan laten sudah terkondisikan dalam suatu sistem yang keberadaannya sudah berlangsung lama tidak seperti kejadian aktif yang

kejadianya tidak dapat diprediksi, kondisi laten dapat diidentifikasi dan diperbaiki sebelum sesuatu KTD terjadi.

Menurut Vincent (2003), dalam penelitian Yesi.F (2014), yang lebih terperinci yang menggambarkan faktor kondisi laten dan kondisi lingkungan yang dapat mempengaruhi timbulnya KTD, seperti terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.3: Kerangka Kerja Faktor Kontribusi Yang Mempengaruhi Kejadian Tidak Diharapkan

Framework	Faktor Kontribusi
Organisasi dan Manajemen	Struktur organisasi Kultur organisasi Kebijakan Kepimpinan dan komitmen
Lingkungan kerja	Sumber daya manusia, finansial, peralatan dan teknologi Fisik (radiasi, mikroorganisme, bahan kimia dll) Lingkungan bising Banyak interupsi dalam bekerja Beban kerja Tekanan waktu dan psikologis Desain bangunan/alat
Teamwork	Komunikasi dalam tim Kerja sama Supervisi
Individu	Pembagian tugas Pengetahuan Skil Sikap dan perilaku Kondisi fisik dan mental Kepribadian
Tugas	Ketersediaan SOP Ketersediaan pedoman Desain tugas
Pasien	Kondisi pasien (sakit berat, membahayakan diri sendiri) Kepribadian (pribadian yang sulit) Kemampuan (hambatan bahasa, pendidikan) Mengalami gangguan mental

Sumber : Vincent (2003). *Understanding and Responding to Adverse Events*, hal. 1052

Henriksen (2008) mengatakan elemen-elemen yang terkait pada kejadian insiden keselamatan pasien yaitu karekteristik individu, faktor sifat dasar pekerjaan, faktor lingkungan fisik, interaksi system dan manusia, faktor lingkungan organisasi dan lingkungan sosial, faktor manajemen, faktor lingkungan eksternal dan faktor pasien, seperti terlihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 2.4 Kerangka Teori Insiden Keselamatan Pasien

Framework	Faktor Kontribusi
Karakteristik individu	Pengetahuan, keterampilan, kabalititas sesnsorik & memori, training & edukasi, kelalahan & kewaspadaan, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, usia, motivasi, keterampilan dll
Sifat Dasar Pekerjaan	Alur atau cara kerja, beban kerja, kerja sama tim, kompleksitas pekerjaan, kemampuan kognitif
Interaksi antara sistem dan manusia	System, peralatan, teknologi informasi
Lingkungan fisik	Desain tempat dan peralatan kerja, suhu, kebisingan, pencahayaan
Lingkungan sosial/organisasi	Lingkungan organisasi, komunikasi, SOP, kekuasaan dan kepemimpinan dll
Manajemen	Struktur organisasi, budaya safety, kepemimpinan, staffing, penjadwalan dll
Lingkungan eksternal	Kebijakan kesehatan, demografi dll

Sumber : Hendriksen (2008). *Understanding Adverse Events: A Human Factor Framework*, hal. 74

Seluruh faktor yang berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien yang disampaikan oleh Reason (1997); Vincent (2003) dan Henriksen (2008), dalam penelitian Yesi.F (2014), dapat disimpulkan dari berbagai faktor yang meliputi yaitu:

1) Faktor karakteristik individu

Identifikasi terhadap karakteristik individu sebagai faktor awal yang memberikan dampak langsung pada hasil tampilan pemberi jasa apakah tampilan dapat diterima. Faktor karakteristik individu meliputi seluruh kualitas yang dibawa oleh individu dalam pekerjaan mereka meliputi: pengetahuan, keterampilan, pengalaman, intelegensi atau kemampuan intelektual, kapabilitas sensori, training dan edukasi, kelelahan dan kewaspadaan, motivasi, tingkah laku atau perilaku, umur, status perkawinan, tingkat pendidikan dan kompetensi perawat (Henriksen, 2008).

2) Faktor lingkungan fisik.

Faktor ini terkait dengan pencahayaan, suara, temperatur atau suhu ruangan, susunan tata ruang, ventilasi. Pengelolaan gedung rumah sakit harus benar-benar memikirkan keselamatan baik bagi pasien maupun staf yang terlibat didalamnya

dengan memperhatikan penyediaan lingkungan fisik. Pencahayaan, suhu dan suara atau tingkat kebisingan harus sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan.

Menurut Vincent (2003), dalam penelitian Yesi.F (2014), mengungkapkan ruangan yang panas, penerangan yang kurang, kebisingan dari alat-alat, pembangunan gedung atau renovasi, kepadatan atau ruangan terlalu penuh mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi pada tingkatan optimal di tempat kerja yang nantinya berdampak pada terjadinya kesalahan. Tata ruang juga menjadi perhatian penting, jarak antara ruangan dengan tempat pemeriksaan, peletakan tanda atau petunjuk yang dapat mengarahkan seseorang, kondisi lantai yang sesuai agar pasien terhindar dari resiko cedera (Henriksen, 2008).

3) Faktor sistem dan penyatuan sistem dengan manusia.

Faktor ini meliputi perlengkapan atau peralatan medis, lokasi atau peletakan alat-alat, pengontrolan alat, penguasaan kertas kerja, penguasaan teknologi informasi. Kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit yang menyebabkan rantai dalam sistem terputus (Walshe&Boaden, 2006).

Menurut Kohn (2003) dan Dineen (2002), dalam penelitian Yesi.F (2014) mengungkapkan bahwa sistem yang kompleks, kecelakaan bersifat tidak terhindarkan. Sistem yang kompleks ditandai dengan interdependensi antar komponen. Faktor peralatan dan sumber-sumber yang terkait, juga sebagai faktor utama yang dapat berperan terhadap insiden keselamatan pasien. Sebuah studi melaporkan bahwa kegagalan alat menjadi penyebab 14% insiden klinis anestesi. (Cahyono, 2008).

4) Faktor organisasi

Faktor ini meliputi organisasi, struktur organisasi, kekuasaan dan kepemimpinan, norma-norma kelompok dan iklim kelompok, komunikasi dan koordinasi, prosedur kerja, desain kerja dan SOP

5) Faktor lingkungan eksternal

Tekanan eksternal dapat berupa tuntutan hukum, tuntutan masyarakat terhadap mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit yang tidak bermutu akan ditinggalkan pelanggannya (Cahyono, 2008)

6) Faktor Pasien

Faktor pasien meliputi kondisi penyakit pasien (berkaitan dengan tempat pasien mendapatkan pelayanan), umur pasien dan tingkat ketergantungan pasien.

7) Faktor sifat dasar pekerjaan

Faktor ini adalah sifat dasar pekerjaan meliputi kompleksitas pengobatan, alur pekerjaan, beban kerja/ jam kerja, kerja sama tim, kemampuan kognitif, banyak interupsi dalam bekerja.

a. Kompleksitas pengobatan

Yahya (2006), menyatakan bahwa rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan yang padat karya dan sangat kompleks. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, jumlah pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar merupakan hal potensial yang dapat menimbulkan terjadinya kesalahan.

b. Kerja sama tim

Kerjasama tim merupakan suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama. Bekerja di dalam tim membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari. (Cahyono, 2008).

8) Faktor manajemen

Kondisi perencanaan yang tidak baik, ragu dalam membuat keputusan, lalai yang dilakukan oleh manajer atau pengambil keputusan merupakan faktor laten dalam organisasi. Kondisi ini dapat berakibatkan pada ketenagaan, struktur organisasi, penjadwalan, ketersediaan sumber daya dan komitmen terhadap kualitas. Tidak adanya komitmen yang serius dalam mencapai kualitas yang tinggi dan perawatan yang aman di tingkat manajemen merupakan kondisi laten yang akan memberikan dampak berarti dalam mendukung upaya keselamatan pasien.

9) Faktor Infrastruktur

Menurut Hughes (2008) dalam Yesi.F (2014), dua elemen penting untuk peningkatan safety dan mutu adalah desain proses pelayanan dan ketersediaan infrastruktur informasi. Temuan riset menunjukkan bahwa IT aplikasi dapat tingkatkan keselamatan pasien dengan standardisasi, minimalisasi kesalahan, dan mengurangi data tulis tangan, diantara fungsi lainnya.

2.3 Tatakelola Rumah Sakit dan Tatakelola Klinis

Rumah sakit merupakan sebuah organisasi pelayanan kesehatan yang memiliki banyak komponen yang saling berinteraksi, dengan demikian diperlukan tata kelola atau *governance*.

Rumah sakit memiliki elemen-elemen yang membuat rumah sakit menjadi organisasi yang penuh dengan risiko, antara lain ;

1. Pasien, yang memiliki banyak variabel antara lain jenis penyakit, umur, ras, sex, pendidikan, ekonomi, emosi, budaya dan sosial.
2. Staf, antara lain memiliki variabel kompetensi, keterampilan, pendidikan, pendidikan, motivasi dan kesesuaian
3. Proses yang meliputi perbedaan pedoman, guideline dan prosedur
4. Sumber daya
5. Informasi, yang harus memperhatikan kualitas dan sesuai bila diperlukan, siap untuk dimanfaatkan.
6. Organisasi yang meliputi elemen filosofi, visi, misi, dukungan untuk perbaikan pelayanan.

Keenam elemen diatas akan berdampak pada profesionalitas pelayanan yang berujung pada risiko, terutama bagi pasien. Oleh karena itu rumah sakit memerlukan tata kelola dalam menjalankan organisasinya. Tata kelola atau *governance* adalah tindakan atau sikap dalam membentuk kebijakan dan kesetaraan sebuah organisasi, atau kumpulan orang (Dede Sri Mulyana, 2013).

“Governance is the action or manner of conduction the policy and affairs of (a state, organization, or people)- Concise Oxford Dictionary (10th Edition)”

Dalam tata kelola/*governance* di rumah sakit terdapat dua komponen risiko yaitu : *Corporate governance* dan *Clinical governance* seperti yang dikutip dari Jacobals.S (2003):

1. *Corporate governance* yang menyebabkan risiko layanan usaha (*corporate risk*) seperti :
 - a) Risiko kerugian aset
 - b) Risiko kerugian pendapatan bisnis
 - c) Risiko kerugian tuntutan hukum
 - d) Risiko kesalahan SDM
 - e) Risiko kerugian akibat kelemahan sistem prosedur operasional baku atau petunjuk pelaksanaan

- f) Risiko korupsi, tindak kriminal, ketidakjujuran karyawan
- g) Risiko kerugian akibat bahaya kesejahteraan SDM kerja yang tinggi

2. *Clinical governance*

- a) Risiko compalin pasien
- b) Risiko klaim pasien
- c) Risiko kejadian-kejadian kritis
- d) Risiko malpraktek
- e) Risiko infeksi nososkomial
- f) Risiko kesalahan medis
- g) Risiko K3 (insiden keselamatan kerja)

Bentuk risiko governance yang saat ini tengah menjadi salah satu fokus para praktisi rumah sakit seluruh dunia adalah *clinical governance* yakni yang terkait dengan keselamatan pasien (dalam penelitian Dede Sri Mulyana, 2013).

2.4 Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki hak dan kewajiban yang perlu diketahui oleh semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat menyesuaikan dengan hak dan kewajiban di bidang profesional masing-masing. Karena hak dan tanggung jawab ini berkaitan erat dengan pasien sebagai penerima jasa, maka masyarakatpun harus mengetahui dan memahaminya.

2.4.1 Hak Rumah Sakit

Hak rumah sakit (Permenkes, nomor 69 tahun 2014), adalah kekuasaan atau kewenangan yang dimiliki rumah sakit untuk mendapatkan atau memutuskan untuk berbuat sesuatu yaitu:

1. Membuat peraturan-peraturan yang berlaku dirumah sakitnya sesuai dengan kondisi atau keadaan yang ada di RS tersebut (*hospital by laws*).
2. Mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala peraturan RS.
3. Mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala instruksi yang diberikan dokter kepadanya.
4. Memilih SDM dokter yang akan bekerja di RS tersebut melalui panitia kredensial.
5. Menuntut pihak-pihak yang telah melakukan wanprestasi (termasuk pasien, pihak ketiga, dll).

6. Mendapat jaminan dan perlindungan hukum.
7. Hak untuk mendapatkan imbalan jasa pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

2.4.2 Kewajiban Rumah Sakit

Dalam pasal 2, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) nomor 69 tahun 2014 tentang hak dan kewajiban rumah sakit, bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban :

1. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
2. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
3. Melaksanakan fungsi sosial
4. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia melaksanakan etika Rumah Sakit
5. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan Bencana
6. Melaksanakan standar pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
7. Membuat daftar SDM medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan SDM Kesehatan lainnya
8. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*)
9. Mengupayakan keamanan pasien, pengunjung dan petugas di Rumah Sakit
10. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok
11. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat
12. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit .
13. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya

14. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
15. Menyelenggarakan rekam medis
16. Melaksanakan sistem rujukan
17. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesional dan etika serta peraturan perundang-undangan;
18. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
19. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien
20. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas
21. Menjamin hak petugas yang bekerja di Rumah Sakit.

2.5. Peningkatan Mutu Rumah Sakit

2.5.1 Pengertian Mutu Pelayanan

Pengertian mutu pelayanan kesehatan untuk masing profesi berbeda-beda, sesuai dengan kebutuhan mereka, dapat dilihat sebagai berikut (Wijono, 2011):

- a. Menurut pengguna layanan kesehatan atau masyarakat, mutu pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang dapat memenuhi keinginan atau pengharapan mereka dan kebutuhan yang diselenggarakan dengan cara sopan, ramah, empati, menghargai, dan tanggap.
- b. Menurut pemberi layanan kesehatan atau petugas, mutu pelayanan kesehatan adalah memberi pelayanan kepada konsumen secara professional sesuai dengan pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki, keahlian, dan adanya peralatan yang sudah memenuhi standar yang nantinya dapat memberikan kepuasan kepada konsumen.
- c. Menurut pihak manajemen, mutu pelayanan kesehatan adalah seorang pemimpin atau manajer yang mampu mengatur staf dan masyarakat sebagai konsumen untuk mengikuti prosedur yang berlaku.
- d. Menurut pemilik pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan merupakan SDM professional yang dimiliki oleh perusahaan dan mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada pasien atau masyarakat.

Teori diatas hampir serupa dengan pendapat Azwar (2007), mutu pelayanan kesehatan merupakan kesempurnaan suatu produk dalam pelayanan

kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa. Pelayanan yang bermutu merupakan penyelenggaraan pelayanan yang diberikan sesuai dengan prosedur dan standar pada kode etik profesi yang telah ditetapkan, dengan menyesuaikan potensi dari sumber daya yang tersedia secara aman dan memuaskan yang dilakukan dengan wajar, efisien dan efektif dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Menurut Avedis Donabedian, untuk mengukur pelayanan yang berkualitas dapat ditinjau melalui struktur, proses dan hasil dari pelayanan yang diberikan. Komponen struktur diantaranya struktur organisasi, sumber daya material dan SDM yang ada di institusi pelayanan. Struktur organisasi termasuk didalamnya adalah staf medis, komite-komite dan tim keselamatan pasien. Komponen proses meliputi semua aktivitas pelayanan yang dilakukan oleh staf rumah sakit dan diterima oleh pasien. Sedangkan hasil menggambarkan efek pelayanan yang diberikan selama pasien dirawat, yang berupa kesembuhan, kepuasan, peningkatan pengetahuan dan terhindar dari akibat yang tidak diharapkan (cedera).

2.5.2. Sejarah Perkembangan Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan sebenarnya bukanlah hal yang baru. Pada tahun (1820 –1910) Florence Nightingale seorang perawat dari Inggris menekankan pada aspek-aspek keperawatan pada peningkatan mutu pelayanan. Salah satu ajarannya yang terkenal sampai sekarang adalah “*hospital should do the patient no harm*”, Rumah Sakit jangan sampai merugikan atau mencelakakan pasien.

Sejarah perkembangan tentang upaya perbaikan mutu menurut Tjahyono Koentjoro (2007), bahwa upaya perbaikan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan di Indonesia telah mulai dilakukan sejak tahun 1986 dengan diterapkannya gugus kendali mutu di rumah sakit dan di puskesmas serta pada pelayanan kesehatan yang lain. Perbaikan ini dilanjutkan dengan dikenalkannya *total quality management* pada tahun 1994 dan *performance management* pada tahun 1963 (dikutip dalam Rizanda.M.(2008)).

2.5.3 Dimensi Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan

Pendekatan dalam kualitas pelayanan yang banyak dijadikan acuan adalah model kualitas dengan metode *Servequal (Service Quality)* yang dapat digunakan

sebagai penentuan mutu pelayanan, model ini dikembangkan dengan lima dimensi mutu pelayanan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Malholtra (2005), yaitu :

1. Bukti fisik (*Tangibles*), yang meliputi penampilan fasilitas fisik seperti gedung dan ruangan, kebersihan, kerapihan, kenyamanan ruangan, dan penampilan petugas.
2. Keandalan (*Reliability*), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat atau akurat dan kemampuan memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan.
3. Daya tanggap (*Responsiveness*), yaitu kesediaan untuk membantu pelanggan, respon dan memberikan pelayanan yang cepat yang meliputi kecepatan karyawan dalam menangani keluhan pelanggan serta kesiapan karyawan dalam melayani pelanggan.
4. Jaminan (*Assurance*), yaitu kegiatan untuk menjamin kepastian terhadap pelayanan yang akan diberikan kepada pelanggan, hal ini meliputi kemampuan petugas atas pengetahuan terhadap jasa secara tepat, keterampilan dalam memberikan pelayanan sehingga dapat menumbuhkan rasa aman pada pelanggan sehingga dapat menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan.
5. Empati (*Emphaty*), yaitu membina hubungan dan perhatian secara individual yang diberikan perusahaan kepada pelanggan seperti mendengarkan keluhan konsumen, kemudahan konsumen untuk menghubungi perusahaan, kemampuan petugas untuk berkomunikasi dengan konsumen/pelanggan dan usaha perusahaan untuk memahami kebutuhan pelanggannya.

Respon atau daya tanggap dan empati merupakan faktor yang sangat penting dalam kualitas asuhan, sehingga nantinya profesi yang memberi asuhan pasien mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan pasien serta dapat menumbuhkan rasa percaya pasien untuk mendapatkan pelayanan kembali di rumah sakit tersebut. Daya tanggap dan empati dapat dirasakan oleh pasien dari pertama kali pasien masuk sampai dengan pasien keluar dari rumah sakit. Parasuraman,dkk (2005)

Pendapat lainnya yang dikemukakan oleh Lori DiPrete Brown *et. al.* dalam *QA Methodology Refirement Series* (1992), dalam Bustami (2014),

mengemukakan bahwa suatu kegiatan penjaminan mutu menyangkut satu atau beberapa dimensi mutu, yaitu:

1. Kompetensi teknis (*technical competence*), berupa keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, menejer dan staf pendukung, serta bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi. Dimensi ini relevan untuk pelayanan klinis maupun non klinis. Kurangnya kompetensi teknis dapat bervariasi dari penyimpangan kecil terhadap prosedur standar sampai kesalahan yang besar dan terkait dengan efektivitas pelayanan .
2. Akses terhadap pelayanan (*access to service*), maksudnya adalah pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial dan budaya, ekonomi, organisasi atau hambatan bahasa.
3. Efektivitas (*effectiveness*), merupakan dimensi ketepatan yang akan menjawab pertanyaan, apakah prosedur atau pengobatan bila diterapkan dengan benar akan memberikan hasil yang diinginkan? Dan apakah pengobatan yang dianjurkan merupakan teknologi yang paling tepat untuk situasi ditempat itu?
4. Hubungan antar manusia (*human relation*), berkaitan dengan interaksi antara petugas dengan petugas dan antara petugas dengan pasien/ masyarakat. Bentuk dari hubungan antar manusia ini antara lain dapat berupa menghargai, menjaga rahasia, menghormati, mendengarkan keluhan, responsif dan memberikan perhatian. Hubungan antar manusia yang baik akan memberikan andil yang besar dalam konseling yang efektif.
5. Efisiensi (*efficiency*), merupakan dimensi yang penting dari kualitas karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya kesehatan pada umumnya terbatas. Efisiensi merujuk kepada penggunaan tenaga, waktu, sarana/ alat dan dana. Dalam istilah ekonomi dikatakan bahwa dengan SDM atau dana yang terbatas hasil akan maksimal.
6. Kelangsungan pelayanan (*continuty of service*), berarti pelanggan akan menerima pelayanan lengkap yang dibutuhkan tanpa mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Dalam hal ini pelanggan juga harus mempunyai akses rujukan untuk pelayanan spesialis.
7. Keamanan (*safety*), berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Apapun yang dilakukan

dalam pelayanan baik di Puskesmas, rumah sakit atau tempat pelayanan lainnya harus aman dari bahaya yang mungkin timbul.

8. Kenyamanan (*amenity*), merupakan dimensi mutu yang tidak berkaitan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan (pasien) untuk mau datang memperoleh pelayanan berikutnya. Dimensi kenyamanan berkaitan dengan penampilan fisik tempat pelayanan, peralatan medis dan non medis, kebersihan, sarana yang tersedia dan sebagainya.

Keselamatan pasien dan kualitas merupakan dua hal yang tidak terpisahkan selain keselamatan pasien, mutu pelayanan rumah sakit juga dapat diukur dari berbagai dimensi. *The Institute of Medicine (IOM)* menggunakan enam dimensi, yaitu: *safety, effectiveness, patient-centredness, timeliness, efficiency, dan equity* (IOM, 2001).

Sedangkan *World Health Organisation (WHO)* (2003), mengembangkan model penilaian kinerja untuk peningkatan mutu rumah sakit terdiri dari enam dimensi, yaitu: *clinical effectiveness, safety, patient centredness, efficiency, staff orientation, responsive governance*. Berbagai dimensi mutu tersebut selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan indikator klinis yang merupakan salah satu dari pilar utama dalam *clinical governance* yaitu *clinical performance and evaluation*. *Clinical governance* berfungsi sebagai penjamin kontrol sistem manajemen mutu klinis. Pelaksanaan *clinical governance* akan mampu menghindarkan para spesialis dari KTD dan lebih lanjut dari tuntutan hukum. Oleh karena itu *clinical governance* harus dibangun pada sistem yang baik dan efektif.

Menurut pendapat A.Gufran dalam kutipan Rizanda, (2008), ada dua hal yang perlu dipantau dalam upaya perbaikan atau peningkatan mutu yaitu kepuasan pelanggan dan standar pelayanan kesehatan. Kedua aspek ini haruslah seimbang. Layanan bermutu dalam pengertian yang luas diartikan sejauh mana realitas layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kriteria dan standar profesional medis terkini dan baik yang sekaligus telah memenuhi atau bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan tingkat efisiensi yang optimal. Abstrak mutu dapat dinilai dan diukur dengan berbagai pendekatan. Pendekatan maupun metode pengukuran yang digunakan dalam upaya meningkatkan mutu tersebut telah tersedia baik dari dimensi input, proses dan *output*.

Dari berbagai dimensi atau cara pandang yang dikemukakan oleh para ahli diatas dapat dikemukakan bahwa meskipun rumusannya tidak sama namun pengertian yang terkandung didalamnya tidaklah terlalu berbeda. Sesungguhnya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan pelanggan tidak semudah yang diperkirakan. Semakin banyak cara pandang atau sisi-sisi yang kita perhatikan dalam memberikan pelayanan, maka akan semakin bermutu pelayanan yang diberikan dan semakin puas pelanggan yang menerima pelayanan.

Pelayanan bermutu dan aman bagi pelanggan (pasien) saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan. IOM sudah menetapkan enam tujuan yang ingin dicapai pada abad 21, yaitu keselamatan pasien (*safety*), efisiensi (*eficient*), tepat waktu (*timeliness*), berorientasi pada pasien (*patient centered*), dan keadilan (*equity*) (Flynn, E., 2004).

2.5.4 Persepsi Mutu

Persepsi mutu adalah pandangan seseorang terhadap stimulus yang diterima dari panca indera, sehingga nantinya dapat memberikan penilaian atas pelayanan yang mereka terima, jika sudah sesuai dengan apa yang mereka harapkan maka para konsumen akan merasa puas akan pelayanan yang telah mereka terima dan rasakan (Walgito, 2010).

Persepsi mutu pelayanan kesehatan merupakan hasil dari pengalaman dan apa yang mereka dapatkan dalam layanan kesehatan yang nantinya mempunyai persepsi berbeda-beda tentang unsur penting dalam menentukan mutu layanan kesehatan. Perbedaan ini antara lain disebabkan oleh terdapatnya perbedaan latar belakang, pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pengalaman, dan lingkungan (Wijono, 2011).

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa persepsi mutu merupakan pengetahuan maupun pengalaman konsumen/pelanggan atas pelayanan jasa yang telah diterimanya dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sangat berguna dalam memberikan persepsi atas pelayanan kesehatan. Kesesuaian antara harapan dan kenyataan akan dapat mempengaruhi persepsi pada mutu pelayanan

2.5.5 Prinsip Standarisasi Dalam Peningkatan Mutu

Prinsip utama dalam peningkatan atau perbaikan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan adalah kepedulian terhadap pelanggan. Pasien sebagai pelanggan eksternal tidak hanya menginginkan kesembuhan dari sakit yang diderita yang merupakan luaran (*outcome*) pelayanan, tetapi juga merasakan dan

menilai bagaimana ia diperlakukan dalam proses pelayanan. Berangkat dari pelayanan yang peduli pada pelanggan, yakni pelayanan yang memerhatikan kebutuhan (*needs*), harapan (*expectation*) pelanggan, dan penilaian manfaat (*value*) oleh pelanggan sebagai persyaratan yang diajukan oleh pelanggan, upaya untuk memperbaiki mutu dan kinerja perlu merujuk pada trilogi persyaratan pelanggan tersebut. Harapan (*expectation*) dari pelanggan tidak hanya diartikan seperti apa yang diinginkan atau diharapkan akan didapatkan oleh pelanggan, tetapi juga apa yang diharapkan terjadi selama menjalani proses pelayanan dan menikmati produk yang dibeli, yang antara lain tidak akan mengalami kesalahan tindakan medis ataupun kejadian-kejadian yang tidak diinginkan (dalam kutipan jurnal, Rizanda, 2008).

Proses standardisasi meliputi penyusunan, penerapan, monitoring, pengendalian, serta evaluasi dan revisi standar (PP 102/2000). Keberadaan standar dalam pelayanan kesehatan akan memberikan manfaat, antara lain mengurangi variasi proses, merupakan persyaratan profesi, dan dasar untuk mengukur mutu. Ditetapkannya standar juga akan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan kesehatan. Membuat standar standarisasi merupakan upaya pertama yang terorganisasi dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan. Standar ini ternyata sangat berhasil meningkatkan mutu pelayanan sehingga banyak rumah sakit tertarik untuk ikut serta.

Pada tahun 1951 *American College of Surgeon, American College of Physicians, American Hospital Association* bekerjasama membentuk suatu *Joint Commision on Accreditation of Hospital* (JCAH) suatu badan gabungan untuk menilai dan mengakreditasi rumah sakit. Pada akhir tahun 1960 JCAH tidak lagi hanya menentukan syarat minimal dan esensial untuk mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada di Rumah Sakit, namun telah memacu rumah sakit agar memberikan mutu pelayanan yang setinggi-tingginya sesuai dengan sumber daya yang ada.

2.5.6 Strategi Upaya Peningkatan Mutu

Dalam upaya menjaga mutu layanan kesehatan agar terus berkesinambungan maka diperlukan suatu proses perbaikan mutu yang berkesinambungan. Perbaikan proses berkesinambungan (*Continuous Process Improvement*) merupakan upaya perbaikan proses yang berkesinambungan pada sistem mikro pada dasarnya mengikuti siklus Deming: perencanaan (*Plan*),

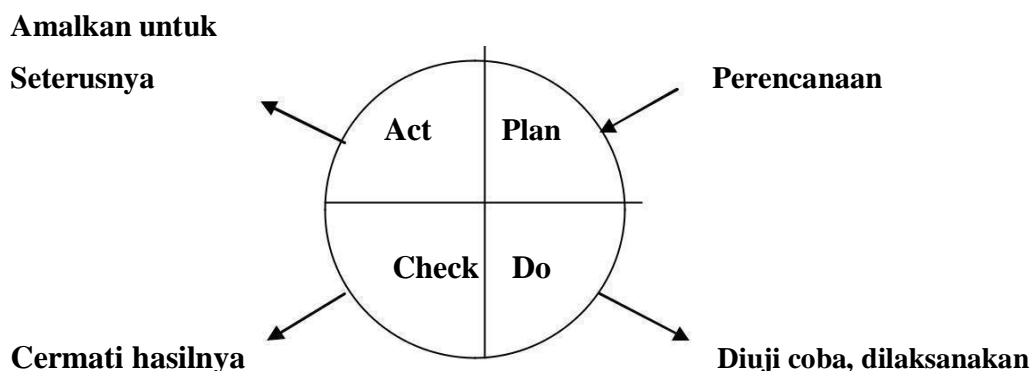
dikerjakan (*Do*), cermati hasilnya (*Check*), dan amalkan untuk seterusnya (*Action*), yang dikenal dengan siklus PDCA.

Salah satu model perbaikan pada sistem mikro adalah model Nolan. Menurut Langley (1996) dalam kutipan Rizanda (2008), Nolan memperkenalkan suatu model perbaikan sistem mikro pelayanan yang pada prinsipnya tidak terlepas dari langkah-langkah proses perbaikan yang meliputi: perencanaan (*Plan*), dikerjakan (*Do*), cermati hasilnya (*Check*), dan amalkan untuk seterusnya (*Action*). Akan tetapi, harus ada kejelasan terlebih dahulu mengenai apa yang menjadi sasaran perbaikan sebelum dilakukan perubahan (*setting aims*), dilanjutkan dengan cara untuk mengetahui bahwa perubahan yang dilakukan akan menghasilkan perbaikan (*measurement*). Setelah menetapkan sasaran perbaikan dan menetapkan pengukuran atas perubahan, barulah ditetapkan dan direncanakan kegiatan-kegiatan perbaikan apa saja yang perlu dilakukan dalam bentuk siklus PDCA yang multipel. Pada dasarnya, langkah perbaikan sistem mikro pelayanan model Nolan terdiri dari tujuh langkah, yaitu:

1. Bentuk tim
2. Tetapkan sasaran perbaikan
3. Tentukan pengukuran
4. Pilih perubahan yang perlu dilakukan
5. Uji coba beberapa perubahan dalam skala kecil
6. Implementasikan perubahan
7. Sebarkan ke unit yang lebih luas

Untuk lebih jelasnya tentang langkah perbaikan sistem mikro pelayanan model Nolan dapat dilihat pada gambar bagan dibawah ini :

Gambar 2.2: Model Perbaikan Sistem Mikro (Nolan)



(Sumber: Tjahyono Koentjoro, Regulasi Kesehatan di Indonesia, Andi Yogyakarta, 2007)

Untuk memenuhi tuntutan yang baru ini ada enam langkah P-D-C-A yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Langkah 1. Menentukan tujuan dan sasaran : *Plan*

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan sasaran tersebut ditentukan oleh Kepala RS atau Kepala Divisi. Penetapan sasaran didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi. Sasaran ditetapkan secara konkret dalam bentuk angka, harus pula diungkapkan dengan maksud tertentu dan disebarkan kepada semua karyawan. Semakin rendah tingkat karyawan yang hendak dicapai oleh penyebaran kebijakan dan tujuan, semakin rinci informasi.

b. Langkah 2. Menentukan metode untuk mencapai tujuan : *Plan*

Penetapan tujuan dan sasaran dengan tepat belum tentu akan berhasil dicapai tanpa disertai metode yang tepat untuk mencapainya. Metode yang ditetapkan: (1) Menentukan Tujuan, (2) Menetapkan Metode untuk Mencapai tujuan, (3) Menyelenggarakan Pendidikan dan latihan, (4) Melaksanakan pekerjaan (5) Memeriksa akibat pelaksanaan (6) Mengambil tindakan yang tepat harus rasional, berlaku untuk semua karyawan dan tidak menyulitkan karyawan untuk menggunakannya. Oleh karena itu dalam menetapkan metode yang akan digunakan perlu pula diikuti dengan penetapan standar kerja yang dapat diterima dan dimengerti oleh semua karyawan.

c. Langkah 3. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan : *Do*

Metode untuk mencapai tujuan yang dibuat dalam bentuk standar kerja. Agar dapat dipahami oleh petugas terkait, dilakukan standar pelatihan para karyawan untuk memahami standar kerja dan standar yang ditetapkan.

d. Langkah 4. Melaksanakan pekerjaan : *Do*

Dalam pelaksanaan pekerjaan, selalu terkait dengan kondisi yang dihadapi dan standar kerja mungkin tidak dapat mengikuti kondisi yang selalu dapat berubah. Oleh karena itu, ketrampilan dan pengalaman para karyawan dapat dijadikan modal dasar untuk mengatasi masalah yang timbul dalam pelaksanaan pekerjaan karena ketidaksempurnaan standar kerja yang telah ditetapkan.

e. Langkah 5: Memeriksa akibat pelaksanaan, cermati hasilnya : *Check*

Manajer atau atasan perlu memeriksa apakah pekerjaan dilaksanakan dengan hasil baik atau tidak. Jika segala sesuatu telah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan mengikuti standar kerja, tidak berarti pemeriksaan dapat

diabaikan. Hal yang harus disampaikan kepada karyawan adalah atas dasar apa pemeriksaan itu dilakukan. Agar dapat dibedakan manakah penyimpangan dan manakah yang bukan penyimpangan, maka kebijakan dasar, tujuan, metode (standar kerja) dan pendidikan harus dipahami dengan jelas baik oleh karyawan maupun oleh manajer. Untuk mengetahui penyimpangan, dapat dilihat dari akibat yang timbul dari pelaksanaan pekerjaan dan setelah itu dapat dilihat dari penyebabnya.

f. Langkah 6 : Mengambil tindakan yang tepat : *Action*

Pemeriksaan melalui akibat yang ditimbulkan bertujuan untuk menemukan penyimpangan. Jika penyimpangan telah ditemukan, maka penyebab timbulnya penyimpangan harus ditemukan untuk mengambil tindakan yang tepat agar tidak terulang lagi penyimpangan. Menyingkirkan faktor-faktor penyebab yang telah mengakibatkan penyimpangan merupakan konsepsi yang penting dalam pengendalian kualitas pelayanan.

Konsep PDCA dengan keenam langkah tersebut diatas merupakan sistem yang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Untuk mencapai kualitas pelayanan yang akan dicapai diperlukan partisipasi semua karyawan, semua bagian dan semua proses. Partisipasi semua karyawan dalam pengendalian kualitas pelayanan diperlukan kesungguhan (*sincerety*), yaitu sikap yang menolak adanya tujuan yang semata-mata hanya berguna bagi diri sendiri atau menolak cara berfikir dan berbuat yang semata-mata bersifat pragmatis. Dalam sikap kesungguhan tersebut yang dipentingkan bukan hanya sasaran yang akan dicapai, melainkan juga cara bertindak seseorang untuk mencapai sasaran tersebut. Proses pelayanan akan menghasilkan suatu pelayanan berkualitas tinggi, hanya mungkin dapat dicapai jika terdapat pengendalian kualitas dalam setiap tahapan dari proses. Dimana dalam setiap tahapan proses dapat dijamin jika adanya keterpaduan, kerjasama yang baik antara kelompok karyawan dengan manajemen, sebagai tanggung jawab bersama untuk menghasilkan kualitas hasil kerja dari kelompok, sebagai mata rantai dari suatu proses.

Salah satu upaya peningkatan penampilan dari masing masing sarana pelayanan seperti rumah sakit adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, ataupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui standar jaminan mutu. Kegiatan peningkatan mutu tersebut diatas dapat dilaksanakan

dengan berbagai pendekatan atau kegiatan mutu diantaranya dengan mengembangkan Gugus Kendali Mutu, Pengendalian Mutu Terpadu, Penyusunan/penerapan standar pelayanan atau penyediaan pelayanan prima di rumah sakit. (dalam kutipan A.Siregar,2014).

Adapun strategi upaya peningkatan mutu di rumah sakit yang bertujuan untuk memberikan asuhan atau pelayanan sebaik baiknya kepada pasien adalah sebagai berikut :

- 1) Rumah Sakit harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan rumah sakit sehingga dapat menyusun langkah langkah upaya peningkatan mutu masing masing rumah sakit
- 2) Memberi prioritas pada peningkatan sumberdaya manusia di rumah sakit termasuk kesejahteraan karyawan, memberikan imbalan yang layak, standar keselamatan dan kesehatan kerja, standar pendidikan dan pelatihan dan lain-lain.
- 3) Menciptakan budaya mutu di rumah sakit, termasuk didalamnya menyusun standar mutu rumah sakit, menyusun tema yang akan dipakai sebagai pedoman, memilih pendekatan yang akan dipakai dalam penggunaan standar prosedur serta menetapkan mekanisme monitoring dan evaluasi. (Dirjen Yanmedik Depkes, 1998; Siagian, 1994; Trisnantoro, 1999), (dalam penelitian A.Siregar, 2014).

2.6 Sistem

2.6.1 Pengertian Sistem

Sistem didefinisikan sebagai suatu tatanan dimana terjadi suatu kesatuan usaha dari berbagai unsur yang saling berkaitan secara teratur menuju pencapaian tujuan dalam suatu batas lingkungan tertentu. Sistem juga didefinisikan sebagai kelompok elemen yang terintegrasi dengan maksud yang sama untuk mencapai tujuan. Walaupun konsep sistem sudah lama dikembangkan, penggunaan istilah sistem sendiri dalam hubungannya dengan pelayanan kesehatan relative masih baru (McLeod Jr, 1996).

Pengertian sistem Menurut Azwar, 2010, adalah satu kesatuan dari bagian atau elemen atau sub sistem yang saling mempengaruhi dan dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Suatu organisasi merupakan area sebuah sistem karena terdiri dari sejumlah sumber daya yang bekerja menuju tercapainya suatu tujuan tertentu. Sehingga bisa dikatakan bahwa sistem berfungsi

dengan segala kegiatan untuk suatu maksud dan tujuan yang jelas yang mempunyai komponen-komponen dan bekerja dalam suatu kesatuan dinamis dan saling berhubungan.

2.6.2 Ciri-ciri Sistem

Ciri-ciri sistem menurut Azrul Azwar (2010) adalah apabila memiliki beberapa ciri-ciri pokok, yaitu :

- a. Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi yang membentuk satu kesatuan yang berfungsi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan
- b. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi pengeluaran yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerja secara bebas namun terkait, dalam arti mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.
- d. Selalu terintegrasi dengan lingkungan walaupun sistem itu merupakan kesatuan yang terpadu

2.6.3 Unsur Sistem

Menurut Azwar (1996) sistem terbentuk dari elemen-elemen bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan elemen atau bagian tersebut ialah suatu yang mutlak yang harus ditemukan. Elemen jika disederhanakan dapat menjadi enam unsur yaitu :

a. Masukan (*input*)

Input adalah kumpulan bagian terdapat didalam sistem yang diperlukan untuk berfungsinya sistem tersebut. Umumnya terdiri, kebijakan atau perundang-undangan, sumber daya manusia, material, metode kerja, pendanaan. Komponen masukan organisasi berupa sumber daya yang digunakan untuk mencapai tujuan yang ditentukan seperti alat-alat sarana (tools). Tools tersebut dikenal dengan *man* (ketenagaan), *money* (dana/biaya), *material* (bahan, sarana dan prasarana), *machine* (mesin, peralatan/ teknologi), *method* (metode), *market dan marketing* (pasar dan pemasaran), *minute,time* (waktu) dan *information* (informasi) yang disingkat 7M +1I untuk organisasi yang mencari keuntungan, sedangkan untuk organisasi yang tidak mencari keuntungan seperti rumah sakit / pusat pelayanan kesehatan masyarakat, input atau sumber daya dikenal dengan sebutan 4M yaitu *man* (ketenagaan), *money*

(dana/biaya), *material* (bahan, sarana dan prasarana), *machine* (mesin, peralatan/teknologi). (Azwar, 1996)

Dalam penyelenggaraan standar keselamatan pasien di rumah sakit memerlukan dukungan semua komponen mulai dari tingkat pelaksana sampai tingkatan manajer rumah sakit. Teori Berwick tentang efek berantai peningkatan mutu pelayanan, melibatkan inisiatif dari tingkatan pasien, pemberi layanan, organisasi dan lingkungan eksternal. Keempat tingkatan dalam teori Berwick tersebut masing-masing memiliki peran yang saling terkait satu dengan lainnya.

2. Kebijakan

Menurut Terry dan Azrul Azwar (2010), menyatakan kebijakan adalah langkah yang bersifat luas, menyeluruh, lentur, dan dinamik yang ditetapkan oleh para manager sebagai prioritas utama dalam upaya mencapai tujuan.

Rekomendasi kebijakan tingkat nasional yang terkait dengan Keselamatan Pasien, IOM merekomendasikan beberapa hal antara lain adalah (Kohn, 2000) :

- a) Pembuatan standar untuk organisasi kesehatan, organisasi kesehatan harus memberikan perhatian yang besar untuk standar keselamatan pasien. Regulator dan badan akreditasi mengharuskan organisasi kesehatan untuk implementasi standar keselamatan pasien
- b) Pembuatan standar untuk profesional kesehatan yakni dengan test periodik bagi dokter, perawat dan SDM lain,sertifikasi, pembuatan kurikulum keselamatan pasien, pelatihan, konferensi, jurnal dan publikasi lain.

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Untuk melaksanakan ketentuan pasal 43 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yaitu, Keputusan Menteri Nomor 1691/MENKES/PER/ VIII/ 2011. Dalam Permenkes tersebut memutuskan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut;

pemberi pelayanan dapat mengidentifikasi pasien dengan tepat di rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya, meningkatnya pelaksanaan komunikasi yang efektif dalam memberikan pelayanan pada pasien dan keluarga/ SBAR, meningkatnya keamanan pemberian obat, cairan dan terapi lainnya yang perlu diwaspadai, terutama *high-alert*, meningkatkan Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi, mengurangi resiko pasien infeksi terkait pelayanan kesehatan dan mengurangi resiko pasien jatuh.

Rumah sakit menyediakan kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pelaksanaan identifikasi pasien, secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk mengidentifikasi seorang pasien. Kebijakan juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda dilokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas.

Rumah sakit menyediakan kebijakan dan prosedur keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten (S-BAR)/ *write down and read back*) serta tersedia daftar singkatan yang tidak boleh di pakai. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti dikamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU. Rumah sakit juga menyediakan SPO komunikasi saat serah terima antar shif jaga antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter dan antara dokter dengan dokter, tersedia bukti pelaksanaan komunikasi saat serah terima, SPO komunikasi saat penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis dan daftar hasil pemeriksaan penunjang yang kritis misalnya (Laboratorium dan Radiologi).

Rumah sakit menyediakan kebijakan dan/atau prosedur yang dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat, bukti bahwa elektrolit konsentrat tidak disimpan di unit pelayanan pasien, kebijakan/prosedur pemberian obat dengan benar (benar orang, benar

dosis, benar cara, benar waktu, benar obat, benar sesuai SPO pelaksanaan kebijakan/prosedur pemberian obat dengan benar – *read back & teach back*) dan daftar obat yang perlu diwaspadai / *high alert*.

Rumah sakit menyediakan kebijakan dan prosedur yang dikembangkan guna mendukung keseragaman proses untuk memastikan: tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi / dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi, menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat di mengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan , serta diberikan tanda oleh dokter yang mau melakukan operasi, menggunakan *surgical safety checklist* untuk memverifikasi saat pre-operasi: tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional dan prosedur pengecekan untuk mencegah tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien saat operasi (instrument, kasa) serta bukti pelaksanaan pengecekan untuk mencegah tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien saat operasi. Tanda tersebut harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan pada saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlibat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), *multiple structur* (jari tangan, jari kaki, lesi) atau *multiple level* (tulang belakang).

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* terbaru (6 langkah) yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (WHO Patient Safety) dan petunjuk *hand hygiene* untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan, penyediaan fasilitas cuci tangan secara memadai dan bukti pelaksanaan secara konsisten kepatuhan cuci tangan 5 (lima) moment yang diterima secara umum dan untuk implementasi di lingkungan rumah sakit

Rumah Sakit menyediakan kebijakan dan/atau procedure yang dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan risiko berkelanjutan pasien cedera akibat jatuh, menerapkan proses assesmen awal risiko pasien

jatuh dan melakukan assesmen ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, bukti bahwa langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko pasien cedera akibat jatuh bagi pasien yang pada hasil assesmen dianggap berisiko jatuh (diberikan penandaan pada pasien yang di anggap berisiko jatuh), bukti bahwa langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan (KTD). Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

3. Sumber Daya Manusia/ SDM Profesional

Sumber daya manusia adalah asset penting organisasi dan motor penggerak proses manajemen . sumber daya manusia adalah orang-orang yang bekerja atau membantu manajemen menghasilkan barang dan atau jasa. Sumber daya manusia merupakan kemampuan yang dimiliki setiap manusia terdiri dari daya pikir dan daya fisik setiap manusia. Peralatan yang andal dan canggih tanpa peran aktif sumber daya manusia tidak berarti apa-apa (Hasibuan, 2015).

Menurut Lawrence Green (1980) yang dikutip dari Notoatmodjo (2003) perilaku seseorang termasuk perilaku untuk bekerja, ditentukan oleh:

- a) Faktor predisposisi meliputi, pengetahuan, pengalaman, jenis kelamin, status, asal usul dan lain-lain.
- b) Faktor pemungkin (*enabling*) meliputi pelatihan, pedoman kinerja, sarana, dana.
- c) Faktor penguat (*reinforcing*), dukungan pimpinan/rekan kerja, dukungan pemerintah, dukungan masyarakat.

Keberhasilan dan keberlangsungan suatu standar sangat ditentukan oleh kemampuan pelaksananya yaitu kompetensi yang dimiliki oleh individu tersebut. SDM profesional/ SDM terlatih dalam bidang keselamatan pasien harus tersedia karena akan berdampak terhadap kinerja tim dalam pelaksanaan standar keselamatan pasien agar lebih maksimal. Standar keselamatan pasien di rumah sakit memerlukan SDM dengan kompetensi yang baik. Insiden keselamatan pasien yang terjadi tidak terlepas dari faktor manusianya (*man*) yang melaksanakan pelayanan

kesehatan. *Human error* ini tidak bisa dihindarkan karena setiap individu tentunya memiliki banyak keterbatasan. Keterbatasan inilah yang menjadi pemicu terjadinya insiden yang tidak diharapkan.

Teori Wood tentang insiden keselamatan pasien menjelaskan bahwa kesalahan tersebut dapat dilihat dalam dua sisi, yaitu sisi *blunt end* dan *sharp end*. Penampilan organisasi, kebijakan dan prosedur merupakan gambaran dari sisi yang tumpul, sedangkan sisi tajamnya dilihat dari hubungan langsung antara petugas (*man*) yang memberikan pelayanan. Keseimbangan antara faktor sumber daya dan keterbatasan yang dimiliki SDM akan mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien. Faktor sumber daya yang dapat memengaruhi diantaranya adalah jumlah staf, beban kerja dan ketersediaan alat medis. Sedangkan keterbatasan SDM ditandai dengan keterampilan dan pengetahuan yang kurang. Kelelahan, lupa, kesulitan untuk konsentrasi dan hanya berpedoman pada asumsi menjadi akibat dari keterbatasan-keterbatasan tersebut.

Berdasarkan Permenkes RI nomor 69/MENKES/PER/III/2014, SDM kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Untuk itu standar ketenagaan rumah sakit berdasarkan Permenkes No.340/MENKES/PER/III/2010 dan Badan PPSDM Kesehatan Berdasar Standar Ketenagaan Minimal Tahun 2015 untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.5: Standar Ketenagaan Minimal SDM**Rumah Sakit Umum Kelas A ,B,C dan D**

No.	Jenis SDM	Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7
I Tenaga Medis						
1.	Dr. Umum (Yanmedik dasar)	18	12	9	4	
2.	Drg. Umum (Yanmedik Gilut)	4	3	2	1	
3.	Dr. Spec (setiap jenis yanmed spec dasar)	24	12	8	4	
4.	Dr. Sub Spec (setiap jenis yanmed spec penunjang)	15	10	5	-	
5.	Dr. Sub Spec (setiap jenis yanmed spec lain)	36	8	-	-	
6.	Dr. Sub Spec lain (setiap jenis yanmed sub spec)	4	2	-	-	
7.	Drg. Spec Gilut (setiap jenis yanmed spec gilut)	3	3	1	-	
II Tenaga Kefarmasian						
1.	Apoteker (Ka. Instalasi)	1	1	1	1	
2.	Apoteker (Rwt Jalan)	5	4	2	1	
3.	Teknis Kefarmasian (Rwt Jalan)	10	8	4	-	
4.	Apoteker (Rwt Inap)	5	4	4	-	
5.	Teknis Kefarmasian (Rwt Inap)	10	8	8	-	
6.	Apoteker IGD	1	1	-	-	
7.	Teknis Kefarmasian Apoteker ICU	2	2	-	-	
8.	Teknis Kefarmasian (ICU)	-	2	-	-	
9.	Apoteker (Koord penerima +distribusi)	1	1	1	1	Standar Ketenagaan Minimal dihitung yang dirangkap
10	Teknis Kefarmasian (penerima + distribusi), berdasarkan <u>kebutuhan pelyn dan beban kerja</u>	Disesuaikan	Disesuaikan	Disesuaikan	2	
11	Apoteker (Koord Prod)	1	1	Dirangkap	Dirangkap	
	Teknis Kefarmasian (produksi), berdasarkan <u>kebutuhan pelayanan dan beban kerja</u>	Disesuaikan	Disesuaikan	Dirangkap	Dirangkap	Standar Ketenagaan Minimal dihitung sesuai kebutuhan pelayanan dan

1	2	3	4	5	6	7
						<i>beban kerja</i>
III	Tenaga Keperawatan	= TT	= TT	3 TT/2 Prwt	3 TT/2 Prwt	<i>a) = TT artinya Standar Ketenagaan Minimal untuk Perawat dihitung = jumlah TT.</i> <i>b) 3TT=2Prwt artinya Standar Minimal Jumlah Perawat sama dengan 2/3 Jumlah Riil TT Rumah Sakit pada tahun terakhir.</i> <i>c) Proporsi SDM Keperawatan dan SDM Kebidanan dihitung berdasarkan Proporsi</i>
IV	Nakes dan Non Nakes lain	Disesuai kan	Disesuai kan	Disesuai kan	Disesuai kan	<i>Standar Ketenagaan Minimal dihitung sesuai kebutuhan pelayanan dan beban kerja</i>
	- Tenaga gizi	72	37	30	23	

Sumber: Buku Manual Edisi-2 Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan Berdasar Standar Ketenagaan Minimal. Badan PPSDM Kesehatan Tahun 2015.

a. Peran Sumber Daya SDM Medis Sebagai Penanggung Jawab Pelayanan dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Rumah Sakit sebagai institusi tempat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tujuan penyembuhan penyakit serta terhindar dari kematian dan kecacatan, dalam melaksanakan fungsinya rumah sakit harus meminimalkan risiko baik klinis maupun non klinis yang mungkin terjadi selama proses pelayanan kesehatan berlangsung sehingga terlaksananya pelayanan yang aman bagi pasien. Oleh karena itu keselamatan pasien menjadi prioritas utama dalam semua bentuk kegiatan di rumah sakit. Untuk mencapai kondisi pelayanan yang efektif, efisien dan aman bagi pasien diperlukan komitmen dan tanggung jawab dari seluruh personil pemberi pelayanan di rumah sakit. Salah satu

pemberi elemen dalam pemberi asuhan kepada pasien (*patient care*) adalah asuhan medis. Asuhan medis diberikan oleh dokter yang dalam standar keselamatan pasien disebut DPJP (Dokter Penanggung jawab pelayanan). Setiap dokter yang bekerja di rumah sakit yang memberikan pelayanan atau melakukan asuhan medis, termasuk pemberian pelayanan interpretatif harus memiliki SK dari Direktur/ Kepala Rumah Sakit berupa Surat Penugasan Klinis/ SPK (*clinical appointment*), dengan lampiran Rincian Kewenangan Klinis / RKK (*Clinical Privilege*). (KARS 2013).

Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi/ penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Asuhan medis lengkap artinya melakukan asesmen medis sampai dengan implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien. (KARS 2013).

Asuhan pasien dilaksanakan oleh para professional pemberi asuhan (PPA) yang bekerja secara tim ("Tim Interdisiplin") sesuai konsep pelayanan fokus pada pasien (*Patient Centered Care*) dan DPJP merupakan ketua (*team leader*) dari tim tersebut, yang mana tim lainnya terdiri dari perawat, ahli gizi, apoteker, fisioterapis dan sebagainya. Peran dokter/ DPJP adalah sebagai koordinator proses pengelolaan asuhan medis atau ketua tim (*team leader*) harus proaktif mengintegrasikan asuhan pasiennya dengan tugas menjaga terlaksananya asuhan medis komprehensif-terpadu-efektif, menjaga keselamatan pasien, komunikasi efektif, membangun sinergisme dengan mendorong penyesuaian pendapat (*adjustment*) antar anggota tim. (KARS 2013).

b. Peran Sumber Daya SDM Keperawatan Dalam Pemberian Pelayanan dan Keselamatan Pasien

Definisi perawat berdasarkan hasil lokakarya Nasional Keperawatan I tahun 1983 adalah seorang perawat yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan dan diberikan wewenang untuk melaksanakan peran dan fungsinya. Keperawatan sebagai pelayanan profesional yang

merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif serta ditujukan kepada individu, keluarga, masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia.

Dalam penelitian Silvia Dewi (2014), menyampaikan peran optimal perawat dalam pengembangan mutu pelayanan keperawatan telah berkembang dan mengarah pada tuntutan akan kompetensi yang adekuat untuk mendukung gerakan keselamatan pasien.

Menurut Mitchell dalam Hughes (2008) dan *The Institute of Medicine* (IOM) (2000) mengemukakan, perawat merupakan kunci dalam pengembangan mutu melalui keselamatan pasien. Ada dua peran perawat dalam keselamatan pasien yaitu memelihara keselamatan melalui transformasi lingkungan keperawatan yang lebih mendukung keselamatan pasien dan peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan yang terkini. Terjadinya *medical/ clinical error* dalam pelayanan keperawatan disebabkan oleh sistem organisasi tempat perawat bekerja dan faktor individu yakni perawat yang tidak kompeten.

Menurut Reason J (1990) dalam Sivia Dewi (2014), perawat yang merupakan pemberi layanan kesehatan yang selalu berinteraksi dengan pasien merupakan batas terakhir dalam mencegah insiden keselamatan pasien (*medical error*), karenanya paling rentan. Dengan demikian, perawat dapat mewarisi kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) yang dilakukan oleh orang lain/ petugas lain yang berperan dalam sistem layanan kesehatan.

c. Peran Sumber Daya SDM Farmasis Dalam Pemeberian Pelayanan dan Keselamatan Pasien

Pelayanan farmasi diatur dan dikelola demi terciptanya tujuan pelayanan. Pelayanan farmasi diselenggarakan dan dikelola oleh Apoteker yang mempunyai pengalaman minimal dua tahun di bagian farmasi rumah sakit. Pada pelaksanaannya Apoteker dibantu oleh SDM Ahli Madya Farmasi (D-3) dan SDM Menengah Farmasi (Asisten Apoteker). (Depkes RI.2008).

Apoteker berperan utama dalam meningkatkan keselamatan dan efektifitas penggunaan obat. Dengan demikian dalam penjabaran, misi utama Apoteker dalam hal keselamatan pasien adalah memastikan bahwa semua pasien mendapatkan pengobatan yang optimal. Peran apoteker dalam mewujudkan keselamatan pasien meliputi dua aspek yaitu aspek manajemen dan aspek klinik. Aspek manajemen meliputi pemilihan perbekalan farmasi, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi, alur pelayanan, sistem pengendalian (misalnya memanfaatkan IT). Sedangkan aspek klinik meliputi skrining permintaan obat (resep atau bebas), penyiapan obat dan obat khusus, penyerahan dan pemberian informasi obat, konseling, monitoring dan evaluasi.

Kegiatan farmasi klinik sangat diperlukan terutama pada pasien yang menerima pengobatan dengan risiko tinggi. Keterlibatan apoteker dalam tim pelayanan kesehatan perlu didukung mengingat keberadaannya melalui kegiatan farmasi klinik terbukti memiliki kontribusi besar dalam menurunkan insiden/kesalahan. (Depkes RI.2008).

Dalam realasinya antara dokter sebagai penulis resep dan apoteker sebagai penyedia obat (pelayanan tradisional farmasi), dokter dipercaya terhadap hasil dari farmakoterapi. Dengan terjadinya perubahan situasi secara cepat disistem kesehatan, dimana apoteker bertanggung jawab langsung pada pasien tentang biaya, kualitas dan hasil pelayanan kefarmasian. Dalam aplikasi praktek pelayanan kefarmasian untuk keselamatan pasien terutama *medication error* adalah : menurunkan risiko dan promosi penggunaan obat yang aman. (Depkes RI.2008).

d. Peran Sumber Daya SDM Nutrisionist/ Ahli Gizi Dalam Pemberian Pelayanan Pasien

Nutrisionis adalah profesional yang diberi tugas , tanggung jawab dan wewenang secara penuh oleh pejabat berwenang untuk melakukan kegiatan teknis fungsional di bidang pelayanan gizi, makanan dan dietetik, baik di masyarakat maupun rumah sakit dan unit pelaksana kesehatan lain sesuai dengan misinya yaitu menyelenggarakan pelayanan gizi yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan klien/pasien dalam aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif untuk meningkatkan kualitas hidup. (PGRS. 2013).

Sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1333/Menkes/SK/XII/1999, maka Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) adalah salah satu dari 20 pelayanan wajib RS. PGRS adalah kegiatan pelayanan gizi di Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan gizi masyarakat, baik rawat inap maupun rawat jalan, untuk kepentingan metabolisme tubuh, dalam rangka upaya preventif, kuratif, rehabilitatif maupun promotif. Instalasi gizi merupakan organ fungsional dalam jajaran direktorat penunjang dan pendidikan dengan kegiatan pokok yang meliputi penyelenggaraan makanan, asuhan gizi rawat inap, asuhan gizi rawat jalan dan penelitian pengembangan gizi terapan (Aritonang, 2009).

Semua profesional kesehatan wajib memberikan pelayanan kepada pasien. Hal ini ditegaskan dalam bab keempat standar akreditasi 2012, mengenai pelayanan pasien. Aktivitas pelayanan pasien ini meliputi: perencanaan dan pemberian pelayanan, pemantauan pasien, modifikasi pelayanan pasien bila perlu, penuntasan pelayanan, dan perencanaan tindak lanjut, telah mempertimbangkan pula pelayanan pada pasien dengan pelayanan gizi, dan lain-lain.

Komunikasi antar disiplin ilmu juga sangat diperlukan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi pasien. Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan, dietisien/ nutrisisionist harus berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan SDM kesehatan lainnya yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi. Oleh karenanya perlu mengetahui peranan masing-masing SDM kesehatan tersebut dalam memberikan pelayanan. (Pedoman Gizi Rumah Sakit. 2013).

Pelayanan gizi di rumah sakit dikatakan bermutu jika memenuhi 3 komponen mutu, yaitu : 1.) Pengawasan dan pengendalian mutu untuk menjamin bahwa produk yang dihasilkan aman bagi pasien, 2.) Menjamin Kepuasan konsumen dan 3). Assessment yang berkualitas.

Dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (Depkes RI, 2008), ditetapkan bahwa indikator Standar Pelayanan Gizi meliputi: 1). Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien (100 %), 2). Sisa makanan yang tidak dihabiskan oleh pasien (≤ 20 %) dan 3). Tidak ada kesalahan dalam pemberian diet pasien (100 %).

Asuhan Pasien adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien oleh praktisi para Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang multi profesi: Dokter, Perawat, Ahli Gizi/ Nutrisi, Fisioterapis, Radiografer, Analis Laboratorium, Apoteker/Petugas Farmasi, Pekerja Sosial, dan sebagainya. Proses asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan semua PPA tersebut diatas, sehingga pengintegrasian dan koordinasi aktivitas asuhan pasien menjadi tujuan agar menghasilkan proses asuhan yang efisien, penggunaan yang lebih efektif sumber daya manusia dan sumber daya lain, dengan kemungkinan hasil asuhan pasien yang lebih baik, dimana Dokter (DPJP) bertindak sebagai “*Team Leader*”

4. Metode

Metode untuk penerapan enam sasaran keselamatan pasien akan banyak menggunakan prinsip dan metode manajemen risiko mulai dari identifikasi, asesmen dan pengolahan risiko, yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes RI, 2011).

Membangun budaya keselamatan pasien, ini dapat dikonseptualisasikan sebagai intervensi yang berakar pada prinsip kepemimpinan, kerjasama tim, dan perubahan perilaku. Strategi yang diperlukan seperti struktur laporan, pelatihan tim, pertemuan lintas disiplin atau *executive walk around* akan mampu membawa perubahan di tingkat sistem. Pengembangan keselamatan pasien juga memerlukan promosi untuk setiap standar yang akan di jalankan. Upaya promosi keselamatan pasien pada semua unsur rumah sakit merupakan langkah nyata yang dapat ditempuh dengan menginformasikan tentang pentingnya keselamatan pasien dalam pelayanan. RS dengan interaksi profesional yang cukup banyak, membutuhkan strategi yang tepat dalam proses komunikasi antar profesional terkait. Metode SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*) dalam proses komunikasi antar profesional juga dapat dijadikan sebagai pilihan. Berdasarkan situasi, latar belakang, penilaian dan rekomendasi yang dikomunikasikan dengan baik akan memberikan kondisi

pengobatan pasien lebih informatif, jelas dan terstruktur. Strategi komunikasi lain adalah pada proses komunikasi antar klinisi. Keseimbangan perawatan dan komunikasi antara sejawat dokter sangat mempengaruhi keselamatan pasien. Komunikasi lain yang juga penting dibangun adalah komunikasi dengan pasien dan keluarga. Kerjasama tim dalam pelayanan juga dapat mempengaruhi kualitas dan keselamatan pasien. Metoda supervisi yang baik dan profesional dari seorang manajer untuk mengenali dan menyelesaikan konflik dalam pelayanan RS yang berlangsung 24 jam secara terus menerus. Pengiriman petugas untuk mengikuti pelatihan berbasis kompetensi untuk setiap profesional yang ada. Metode analisis beban kerja juga salah satu alternatif yang dapat dilakukan yang sangat berguna dalam perencanaan SDM RS terutama ditujukan pada profesional tertentu dengan jumlah SDM yang masih terbatas

5. Dana

Dana adalah biaya operasional yang dibutuhkan untuk mendukung terselenggaranya standar kegiatan keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk terlaksananya standar keselamatan pasien di rumah sakit semua unit kerja membuat perencanaan biaya kegiatan operasional unit yang diajukan setiap periode/ tahunan sesuai dengan tugas/ fungsi.

Dalam pelaksanaan standar pimpinan rumah sakit ikut membantu mengidentifikasi peran masing-masing Instalasi dan bidang/ bagian terkait untuk mendapatkan hasil yang optimal dalam rangka optimalisasi kegiatan standar keselamatan pasien di RS. Anggaran yang diperlukan untuk mendukung standar keselamatan pasien sudah termasuk didalam biaya operasional pelayanan rumah sakit per tahun yang mengacu kepada Renstra RS. Dana yang dialokasikan sesuai dengan RAB dari masing-masing unit kerja atau bidang/ bagian yang mengusulkan. Anggaran yang dipergunakan RS diupayakan melalui dana pusat (KEMKES), APBN, dana BLU serta sumber-sumber lain yang sah sesuai dengan perundang-undangan dan ketentuan yang berlaku (sumber: Bagian Perencanaan/ Direktorat Keuangan RSUP DR.M.Djamil Padang, 2016).

Disamping itu dengan adanya pengembangan pelayanan dimasing-masing sub spesialisik dan peningkatan RS ke klas A, serta tuntutan masyarakat terhadap pelayanan juga semakin meningkat, maka RSUP Dr.

M.Djamil Padang selalu berupaya dalam memberikan pelayanan terbaik, bermutu tinggi dan mengutamakan keselamatan pasien (Sub Komite KPRS RSUP Dr.M.Djamil Padang, 2016)

6. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana termasuk material dalam input suatu organisasi. Sarana merupakan alat bantu untuk memperlancar dan mempermudah pekerjaan. Rumah sakit adalah bangunan gedung atau sarana kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dari segi keamanan, keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan, dimana berdasarkan Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 3 menyebutkan bahwa pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan :

a) mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, b) memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit, c) meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Mengingat hal tersebut, maka suatu pelayanan yang diselenggarakan rumah sakit harus memiliki suatu standar acuan ditinjau dari segi sarana fisik bangunan, serta prasarana atau infrastruktur jaringan penunjang yang memadai.

Kewajiban Rumah Sakit dalam menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin, dilaksanakan dengan menyediakan tempat tidur safety, untuk perawatan Kelas III paling sedikit 40% (empat puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta dan bekerja sama dengan penyelenggara jaminan sosial kesehatan. (Permenkes RI nomor 69/MENKES/PER/III/2014).

Sarana yang dibutuhkan terkait dalam pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien, untuk ketepatan identifikasi pasien pada SKP 1, berupa gelang identitas, gelang penanda, label atau stiker berisi nama pasien, nama ibu kandung, nomor rekam medis atau dilengkapi dengan tanggal lahir pasien. Untuk mengidentifikasi nama pasien dengan tepat, rumah sakit menyediakan sarana gelang pasien yang mencakup minimal 4 (empat) warna antara lain :

Gelang warna biru	= pasien laki-laki
Gelang warna merah muda	= pasien perempuan
Gelang warna merah	= pasien dengan alergi
Gelang warna kuning	= pasien dengan risiko cidera

Pada sasaran keselamatan pasien kedua, sarana untuk peningkatan komunikasi efektif antara lain telepon, phonetic alfabeth / lembaran alfabeth yang digunakan dalam mengeja saat pelaksanaan TBAK kepada pemberi pesan. Sarana lainnya adalah form/lembaran CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) yang harus ada di dalam rekam medis pasien.

Sarana untuk sasaran ketiga pada sasaran keselamatan pasien, peningkatan keselamatan penggunaan obat-obat yang perlu diwaspadai diperlukan berupa label obat “*high alert*”, label LASA dan lemari khusus untuk penyimpanan obat-obat “*high alert*” seperti Elektrolit pekat seperti KCl 7.46%, Meylon 8.4%, MgSO₄ 20%, NaCl 3% dan obat-obatan yang memerlukan kewaspadaan tinggi lainnya seperti golongan opioid, anti koagulan, trombolitik, anti aritmia, insulin, golongan agonis adrenergic, anestetik umum, kemoterapi, zat kontras, pelemas otot dan larutan kardioplegia.

Sarana yang diperlukan untuk sasaran keselamatan pasien keempat, yaitu ketepatan lokasi/sisi, tepat prosedur dan tepat orang yang operasi, menggunakan pena khusus untuk alat penanda (*site marker*) atau menggunakan penanda yang tidak mudah terhapus seperti gentian violet dan *surgical safety checklist* untuk verifikasi lokasi yang tepat, prosedur yang tepat, dan pasien yang tepat sebelum operasi, dan seluruh dokumen serta peralatan yang dibutuhkan tersedia, benar dan berfungsi.

Sarana yang diperlukan pada sasaran keselamatan pasien kelima, pengurangan risiko infeksi melalui penerapan 6 (enam) langkah cuci tangan sesuai standar WHO, berupa peralatan *hand hygiene* (*handscrub*), kertas tissue atau kain lap disposable serta media informasi untuk sarana promosi / sosialisasi / penkes pada masyarakat / keluarga pasien

Pada sasaran keselamatan pasien keenam, fasilitas dan sarana yang diperlukan untuk pengurangan risiko cidera karena pasien jatuh seperti, tempat tidur *safety* (dengan menggunakan penghalang), penanda segitiga berwarna kuning dan gelang kuning, *handrail* serta fasilitas lainnya di

rumah sakit yang mendukung keamanan pasien dari resiko cedera. Alat-alat yang digunakan juga harus didesain penggunaannya sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien.

b. Proses (*process*)

Proses adalah kumpulan bagian yang terdapat didalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang terdiri dari (1) perencanaan, (2) pengorganisasian, (3) pelaksanaan dan (4) evaluasi. Proses adalah pelaksanaan kegiatan dalam suatu sistem.

Penerapan sasaran keselamatan pasien dirumah sakit seyogyanya mengacu pada enam unsur sesuai standar keselamatan pasien, mulai dari proses perencanaan kegiatan ditingkat rumah sakit, perencanaan di tingkat unit/ruangan/ bagian/ instalasi, pengorganisasian dan dukungan dari pimpinan/ manajemen dan seluruh staf yang berada dilingkup rumah sakit serta pelaksanaan monitoring dan evaluasinya. Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden secara intensif dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien .

1. Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu proses berfikir untuk merencanakan kegiatan yang sistematis, merancang proses dan hasilnya dapat diukur, dapat dicapai, realistis, berorientasi pada waktu, memutuskan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan dan dimana hal tersebut dilaksanakan, memberikan umpan balik, berdasarkan visi, misi filosofi dan tujuan dari rumah sakit untuk mencapai tujuan organisasi (Gillies, 1996; Ilyas 2004). Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas diantara fungsi manajemen yang lain, merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai tujuan, perencanaan harus fleksibel dan penyesuaian kembali jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan (Marquis & Huston 2012).

Untuk menjamin proses perencanaan dan penganggaran berjalan efektif, efisien dan tepat sasaran diperlukan integrasi antara sistem perencanaan dan penganggaran yang didasarkan pada pendekatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*patient safety*) Depkes RI. tahun 2008, penerapan keselamatan pasien di rumah sakit dapat dilakukan dengan berbagai cara, mulai dari suatu standar sederhana sampai dengan standar yang kompleks dan terintegrasi. Perencanaan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien diawali dari tahap persiapan sampai tahap evaluasi yaitu ;

- a) Menetapkan kebijakan dan rencana jangka pendek keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) dan menetapkan sasaran tahunan KPRS. Pimpinan rumah sakit perlu menetapkan kebijakan, rencana jangka pendek termasuk sasaran tahunan KPRS.
- b) Menetapkan unit kerja yang bertanggung jawab mengelola standar keselamatan pasien rumah sakit (KPRS).
- c) Memilih penggerak (*champion*) yang akan menjadi motor penggerak KPRS dan merencanakan pelatihan dalam bentuk “*Workshop Patient Safety* dan Manajemen Risiko Klinis”
- d) Merencanakan pembuatan buku saku keselamatan pasien rumah sakit. Kemudian baru disusun rencana kerja serta tujuannya dan indikator standar enam sasaran keselamatan pasien.

2. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Melalui fungsi pengorganisasian seluruh sumber daya yang dimiliki organisasi akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang ditetapkan (Muninjaya, 2004).

Salah satu strategi standar keselamatan pasien di rumah sakit adalah membudayakan penerapan enam sasaran keselamatan pasien secara terkoordinasi baik dari SDM profesional maupun non profesional dari

seluruh satuan kerja terkait melalui standar kerja KPRS dan MRK. Peran rumah sakit dalam pencapaian standar tersebut adalah:

- a. Menyusun strategi pengembangan standar keselamatan pasien
- b. Menyiapkan kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pada implementasi enam sasaran keselamatan pasien.
- c. Membentuk tim KPRS yang bertugas mengkoordinasikan dan melaksanakan standar KPRS
- d. Melaksanakan survey awal dan *re-survey* tentang budaya keselamatan pasien di rumah sakit terutama pada penerapan enam sasaran keselamatan pasien
- e. Membuat sistem dan alur ketika ada insiden (KTD, KNC, KTC dan KPC)
- f. Melakukan pencanangan/ deklarasi standar KPRS
- g. Menetapkan champion disetiap unit/ bagian sebagai motor penggerak standar KPRS
- h. Membuat tim antar disiplin (tim profesional) untuk mengelola standar keselamatan pasien
- i. Melakukan ronde keselamatan pasien di unit kerja
- j. Mengadakan rapat koordinasi multi disiplin
- k. Melaksanakan evaluasi berkala terkait ketersediaan fasilitas untuk keselamatan pasien dan sarana kerja bagi petugas
- l. Melaksanakan standar pengembangan, pendidikan dan pelatihan
- m. Melaksanakan workshop KPRS secara *in-house training* dan workshop KKPRS-PERSI
- n. Menyiapkan standar orientasi yang memuat topik KPRS bagi staf baru / mahasiswa praktek
- o. Menyiapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dalam struktur Tim KPRS dan MRK
- p. Mengelola laporan insiden keselamatan pasien oleh Tim/ panitia keselamatan pasien
- q. Mengirimkan laporan insiden secara rutin ke KKPRS-PERSI
- r. Menetapkan kebijakan dokter DPJP bagi setiap pasien dan wajib membuat rencana pelayanan

- s. Menyiapkan sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien
- t. Menyiapkan standar proaktif untuk meredesain proses dan mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dengan analisa FMEA/HFMEA (*Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*)
- u. Menyiapkan mekanisme untuk menangani dan melakukan analisis risiko secara reaktif seperti investigasi sederhana/RCA terhadap semua insiden keselamatan pasien termasuk kejadian sentinel.

Peran serta dari organisasi lain (pihak eksternal) rumah sakit yang terkait menggalakkan gerakan keselamatan pasien, seperti institusi pendidikan, organisasi profesi, LSM, perusahaan farmasi-obat untuk pengadaan bahan medis, semua ini berperan aktif sebagai mitra rumah sakit dalam upaya peningkatan mutu rumah sakit dan keselamatan pasien.

3. Penggerakkan atau pelaksanaan (*actuating*)

Fungsi manajemen ini merupakan fungsi penggerak semua kegiatan standar yang ditetapkan pada fungsi pengorganisasian untuk mencapai tujuan yang telah dirumuskan pada fungsi perencanaan. Fungsi penggerakkan lebih lebih menekan bagaimana manajer mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Penggerakkan adalah proses pembimbingan kepada staff agar mereka mampu bekerja secara optimal menjalankan tugas-tugas pokoknya sesuai dengan keterampilan yang dimiliki dan dukungan sumberdaya yang tersedia. Untuk menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia, dalam organisasi diperlukan peranan kepemimpinan (*leadership*), motivasi staf, kerjasama dan komunikasi antar staf (Muninjaya, 2004).

Upaya untuk menimbulkan rangsangan atau dorongan pada seseorang ataupun sekelompok masyarakat agar mau berbuat dan bekerjasama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan sangat diperlukan adalah “motivasi”. Motivasi akan berhasil dengan sempurna jika tujuan organisasi yang ditetapkan, juga merupakan tujuan perorangan ataupun kelompok masyarakat yang akan melaksanakan kegiatan serta perbuatan yang diharapkan, dapat dilakukan sesuai dengan

kemampuan yang dimiliki seseorang ataupun sekelompok masyarakat (Azwar,2010).

Untuk mencapai tujuan penerapan enam sasaran keselamatan pasien dalam upaya peningkatan mutu pelayanan pasien dirumah sakit maka perlu dilakukan pokok-pokok kegiatan sebagai berikut:

- a. Membudayakan keselamatan pasien di rumah sakit
 - b. Pendidikan dan pelatihan
 - c. Leadership
 - d. Pelaporan
 - e. Pelaksanaan standar
 - f. Implementasi sasaran keselamatan pasien
4. Monitoring , Evaluasi dan Pelaporan
- a. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi adalah proses kegiatan untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada kerangka monev implementasi penerapan enam sasaran keselamatan pasien pada tabel berikut ini:

Tabel 2.6 Kerangka Monev Terhadap Implementasi Penerapan Enam Sasaran Keselamatan Pasien

No	Kegiatan	Indikator	Cakupan
1	2	3	4
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	- Tersedianya kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pelaksanaan identifikasi pasien yang konsisten pada semua situasi dan lokasi	100%
		- Terlaksananya identifikasi pasien dengan menggunakan dua identitas pasien (nama pasien dan nama ibu kandung)	100%
		- Terlaksananya identifikasi pasien sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah dan tindakan / prosedur	100%
		- Terlaksananya identifikasi pasien sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis	100%
		- Terpasangnya gelang pasien di rawat inap untuk identifikasi pasien dengan mencantumkan nama lengkap pasien, No. RM, dan nama ibu kandung	100%

1	2	3	4
2.	Peningkatan Komunikasi Efektif.	<ul style="list-style-type: none"> - Tersedianya kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima pesan 100% - Adanya bukti bahwa perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah di RM 100% - Tersedianya mekanisme atau prosedur bukti bahwa perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan ditulis dan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima . perintah 100% - Tersedianya daftar singkatan yang tidak boleh dipakai 100% - Tersedianya SPO komunikasi pada saat serah terima antar shift jaga antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter 100% - Adanya bukti pelaksanaan prosedur komunikasi pada saat serah terima 100% - Tersedianya SPO komunikasi penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis dan daftar hasil pemeriksaan penunjang yang kritis misal labor, radiologi 100% - Adanya bukti pelaksanaan komunikasi penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis 	
3	Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai	<ul style="list-style-type: none"> - Tersedianya kebijakan atau prosedur yang memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat 100% - Adanya bukti bahwa elektrolit konsentrat tidak disimpan di unit pelayanan 100% - Adanya bukti bahwa elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted) misal ICU, IGD, atau OK 100% - Tersedianya kebijakan/prosedur pemberian obat dengan benar sesuai SPO 1 paket - Adanya bukti pelaksanaan kebijakan / prosedur pemberian obat dengan benar – <i>read back</i> dan <i>teach back</i> 100% - Tersedianya daftar obat yang perlu diwaspadai/<i>high alert</i> 1 paket 	

1	2	3	4
4	Kepastian Tepat	- Tersedianya kebijakan / prosedur yang dikembangkan guna keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan	1 paket
	Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat pasien Operasi/Tindakan	- Terdapatnya tanda yang jelas untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan	100%
		- Terlaksananya <i>surgical safety checklist</i> untuk memverifikasi saat preoperasi	100%
		- Tersedianya prosedur /SPO pengecekan untuk mencegah tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien saat operasi (Instrumen, kassa)	1 paket
		- Tersedianya bukti pengecekan untuk mencegah tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien saat operasi	100%
5	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	- Tersedianya pedoman <i>hand hygiene</i> 6 langkah yang diterbitkan oleh WHO di semua unit kerja	100%
		- Tersedianya kebijakan / prosedur untuk mengarahkan pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	100%
		- Tersedia fasilitas cuci tangan secara memadai	100%
		- Adanya bukti pelaksanaan secara konsisten kepatuhan cuci tangan 5 moment	100%
6	Mengurangi Risiko Pasien Cedera Akibat Jatuh	- Tersedianya kebijakan atau prosedur untuk pengurangan risiko berkelanjutan; pasien cedera akibat jatuh	100%
		- Diterapkannya proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi	100%
		- atau pengobatan dll.	100%
		- Adanya bukti penerapan langkah-langkah untuk mengurangi risiko pasien cedera akibat jatuh bagi pasien yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh	100%
		- Adanya bukti memonitor hasil langkah-langkah, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan	100%

(Sumber: Program KMMR RSUP Dr.M.Dajamil Padang, 2012)

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Jenis pelaporan berdasarkan Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008), dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan rumah sakit wajib untuk melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel. Pelaporan insiden dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal dilakukan dengan mekanisme/ alur pelaporan keselamatan pasien rumah sakit di lingkungan internal rumah sakit. Pelaporan eksternal dilakukan dengan pelaporan dari rumah sakit ke KKP-RS Nasional. Dalam lingkup rumah sakit, unit kerja keselamatan pasien rumah sakit melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit.

Metode pelaporan yang digunakan untuk mengidentifikasi resiko, salah satu cara adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis insiden keselamatan pasien. Sehingga, dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/ potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya.

Beberapa ketentuan terkait pelaporan insiden sesuai dengan Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015) adalah sebagai berikut:

- a) Insiden sangat penting dilaporkan karena akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- b) Memulai pelaporan insiden dilakukan dengan membuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.
- c) Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
- d) Pelapor adalah siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian atau yang terlibat dalam kejadian.
- e) Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-

pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

Alur pelaporan berdasarkan buku Pedoman Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang yang diterbitkan tahun 2012, diadopsi dari Permenkes RI nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011, buku Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Departemen Kesehatan R.I, edisi 2 tahun 2008, buku Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit edisi 3 tahun 2015 dan panduan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2012, adapun alur pelaporan secara Internal dan Eksternal adalah sebagai berikut:

a. Pelaporan internal

Adapun alur pelaporan secara internal yang dilaksanakan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

- 1) Apabila terjadi suatu insiden (KNC/ KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan oleh pihak yang terkait.
- 2) Setelah ditindak lanjuti, segera dibuat laporan insiden dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja/ shift yang ditujukan kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam). Pelaporan insiden tidak boleh ditunda terlalu lama.
- 3) Setelah selesai mengisi format laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor. Atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen, yaitu: Supervisor/ Kepala Unit/ Kepala Instalasi/ Kepala Bagian/ Kepala SMF/ Ketua Komite Medis.
- 4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading resiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- 5) Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut:
 - Grade biru: Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - Grade hijau: Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu.
 - Grade kuning: Investigasi komprehensif/ analisis akar masalah /RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

- Grade merah: Investigasi komprehensif/ analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
- 6) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KPRS.
- 7) Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan re-grading.
- 8) Untuk grade kuning/ merah, Tim KPRS akan melakukan analisis akar masalah/ RCA.
- 9) Setelah melakukan RCA, Tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa petunjuk ”safety alert” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- 10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
- 11) Rekomendasi untuk “perbaikan dan pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.
- 12) Unit Kerja membuat analisis dan trend kejadian di satuan kerjanya masing-masing.
- 13) Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh tim KPRS.

b. Pelaporan eksternal

Adapun pelaporan eksternal yang dilaksanakan setelah proses pelaporan internal adalah sebagai berikut:

- Laporan hasil investigasi sederhana/ analisis akar masalah/ RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh tim KPRS (internal) / pimpinan rumah sakit. Laporan dilakukan dengan melakukan entry data (e-reporting) dikirim ke KKPRS melalui website www.buk.depkes.go.id dengan menggunakan username dan password untuk menjamin kerahasiaan sumber informasi.

c. Keluaran (*output*)

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berfungsinya proses dalam sistem. Keluaran merupakan hasil langsung dari suatu sistem. Salah satu efektifitas suatu organisasi dapat dinilai dari cakupan pelaksanaan program. Efektifitas adalah pencapaian sepenuhnya

seperti yang diinginkan, setidaknya berusaha untuk mencapai hasil semaksimal mungkin.

d. Umpan balik (*feed-back*)

Umpan balik adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan dari sistem.

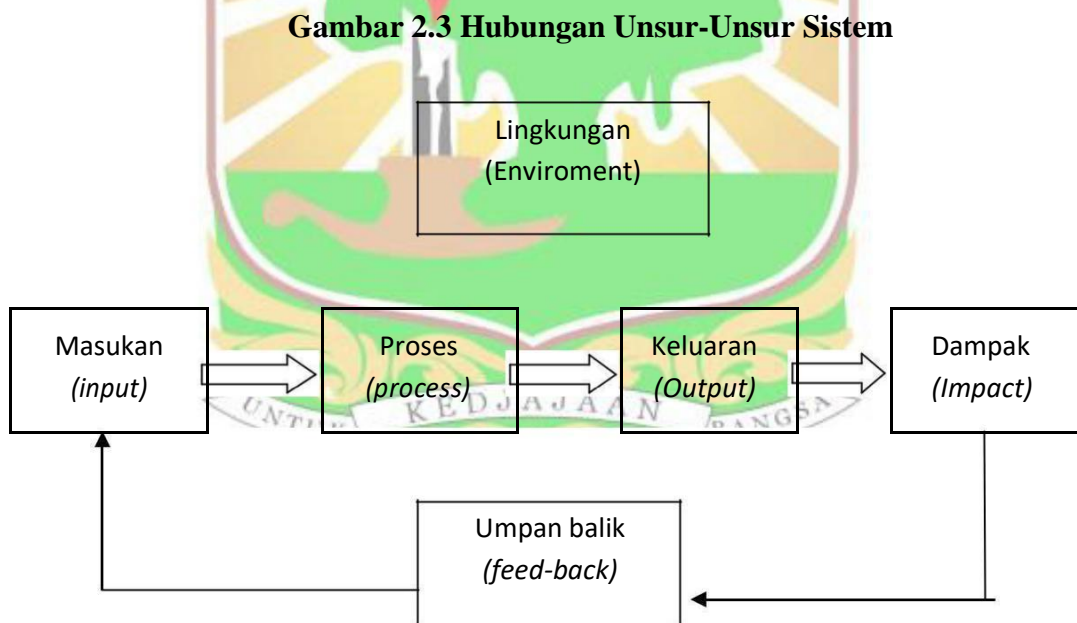
e. Dampak (*impact*)

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem

f. Lingkungan (*environment*)

Lingkungan (*environment*) adalah dunia diluar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Lingkungan yang dimaksud disini meliputi kebijakan, peraturan dan perundangan (Azwar,2010).

Hubungan dari berbagai unsur sistem dapat terlihat pada gambar berikut ini:



(Sumber: Azwar, Pengantar Administrasi Kesehatan, 2010)

Meskipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, tetapi sistem tersebut tidak memudahkan dapat melepaskan diri dari pengaruh lingkungan. Yang dimaksud dengan lingkungan yang beraneka ragam yaitu tergantung dari jenis organisasinya. Untuk memudahkan pemahaman, kedudukan dan peranan sistem terhadap lingkungan digambarkan dalam bentuk penjenjangan sistem.

Penjenjangan sistem adalah pembagian sistem ditinjau dari sudut kedudukan dan peranannya terhadap lingkungan.

Penjenjangan sistem dapat dibedakan atas:

a. Suprasistem

Suprasistem adalah lingkungan tempat sistem berada. Lingkungan juga berbentuk suatu sistem tersendiri yang kedudukan dan peranannya lebih luas, memengaruhi sistem tetapi tidak dikelola oleh sistem.

b. Sistem

Sistem adalah sesuatu yang sedang diamati yang menjadi objek dan subjek pengamatan

c. Sub sistem

Subsistem adalah bagian dari sistem yang secara sistem mandiri membentuk sistem yang kedudukan dan peranannya lebih kecil dari sistem.

2.7 Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem adalah suatu strategi yang menggunakan metode analisa, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Pendekatan sistem merupakan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu rangkaian komponen-komponen yang berhubungan sehingga dapat berfungsi sebagai satu kesatuan mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar,2010)

Pendekatan sistem manajemen bermaksud untuk memandang organisasi sebagai satu kesatuan yang terdiri dari bagian-bagian yang saling berhubungan. Pendekatan sistem memberi manajer cara memandang organisasi sebagai suatu keseluruhan dan sebagai bagian dari lingkungan eksternal yang lebih luas (Handoko,2003).

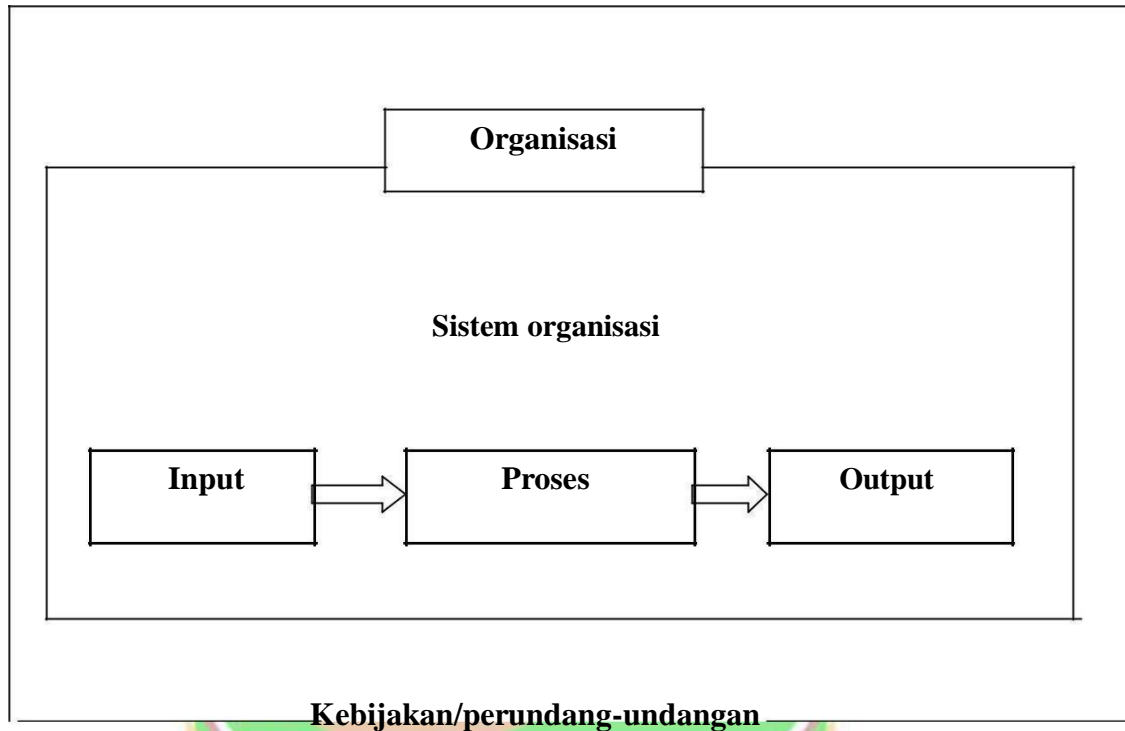
Jika pendekatan sistem dapat dilaksanakan akan diperoleh beberapa keuntungan diantaranya;

- a. Jenis dan jumlah masukan dapat disesuaikan dengan kebutuhan
 - b. Proses yang dilaksanakan dapat diarahkan, sehingga dapat dihindari pelaksanaan kegiatan yang tidak diperlukan
 - c. Keluaran yang dihasilkan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara objektif
 - d. Umpan balik dapat diperoleh pada setiap tahapan pelaksanaan program.
- (Azwar, 2010)

2.8 Kerangka Teori Penelitian

Untuk memperjelas teori penelitian, peneliti membuat kerangka teori dengan pendekatan sistem yang dapat dilihat pada gambar 2.4 dibawah ini:

Gambar 2.4: Kerangka Teori Pendekatan Sistem



(Sumber: Asrul Azwar, 2010)

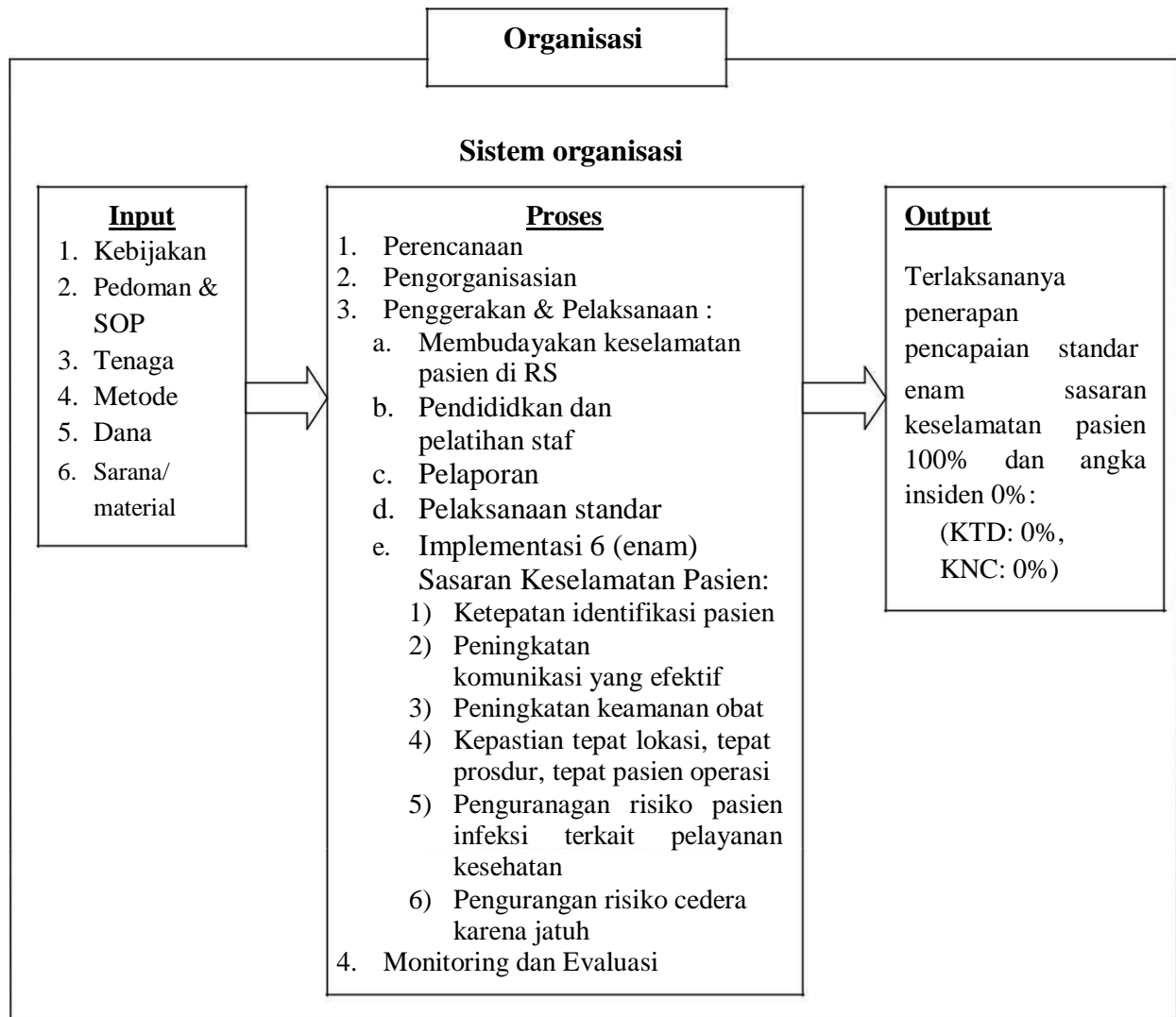


BAB 3

KERANGKA ALUR PIKIR PENELITIAN

3.1 Alur Pikir Penelitian

Dalam menentukan tujuan penelitian, maka dibuat alur pikir sebagai acuan (kerangka pemikiran)



Gambar 3.1. Kerangka Alur Pikir Penelitian

3.2 Definisi Istilah Penelitian

Untuk memperjelas kerangka pikir penelitian, peneliti membuat definisi istilah yang akan diteliti dapat dilihat pada tabel 3.1

Tabel 3.1. Definisi Istilah Penelitian Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Di Rawat Inap RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2016

1	Komponen/ Definisi	Cara Pengumpulan Data	Instrumen
1	2	3	4
I.	Input adalah kumpulan bagian terdapat didalam sistem, diperlukan untuk berfungsinya sistem tersebut dalam penerapan pencapaian standar sasaran keselamatan pasien		
1.	Kebijakan adalah peraturan atau keputusan pemerintah, instruksi, edaran, yang mendukung pelaksanaan standar keselamatan pasien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
2.	Pedoman adalah acuan yang dibuat oleh pembuat kebijakan terhadap pelaksanaan standar keselamatan pasien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
3.	Tenaga adalah petugas atau profesional yang terlibat langsung dalam penerapan standar sasaran keselamatan pasien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
4.	Metode adalah suatu tatacara kerja yang bertujuan untuk memperlancar jalannya pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
5.	Dana adalah segala bentuk pendanaan atau biaya operasional yang dibutuhkan dalam pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	
6.	Sarana adalah peralatan yang mendukung terhadap pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien	Telaah observasi, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
II.	Proses adalah urutan pelaksanaan atau kegiatan mungkin menggunakan waktu, ruang, keahlian atau sumber daya lainnya sehingga menghasilkan suatu hasil, pelaksanaan kegiatan dimulai dengan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan monitoring evaluasi		
1.	Perencanaan adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang daripada hal-hal yang akan dikerjakan di masa yang akan datang dalam rangka pencapaian hasil yang	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara

1	2	3	4
	telah ditentukan dalam batas waktu tertentu	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
2.	Pengorganisasian adalah pembentukan struktur tim keselamatan pasien rumah sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien		
3.	Pelaksanaan adalah suatu implementasi dari rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci terkait dengan penerapan pencapaian standar sasaran keselamatan pasien	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
4.	Monitoring dan Evaluasi adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan, memantau perubahan atas objektif standar sasaran keselamatan pasien dan menilai kontribusi standar	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara
III.	Keluaran (<i>output</i>) adalah terlaksananya penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr.M.Djamil Padang dengan nilai 100% dan angka insiden keselamatan pasien dapat ditekan ((KTD/KNC=0%)	Telaah dokumen, wawancara mendalam	Pedoman wawancara

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis dan rancangan dalam penelitian ini adalah pendekatan deskriptif dengan jenis penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran mendalam tentang penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan dalam peningkatan mutu pelayanan di rawat inap RSUP Dr. M.Djamil Padang tahun 2016. Pendekatan yang dilakukan bertujuan untuk mempelajari dan memahami subjek dalam penelitian ini sebagai pihak yang terkait dengan sistem keselamatan pasien rumah sakit melalui proses interaksi dan komunikasi berupa wawancara mendalam antara peneliti kepada partisipan tentang kasus yang terjadi, menekankan pada subjektifitas pengalaman. Peneliti melakukan penggalian langsung untuk mengeksplorasi pengalaman profesional pemberi asuhan (PPA) sebagai *health provider*.

4.2 Informan

Informan adalah orang yang ikut berperan dalam suatu kegiatan. Pada penelitian kualitatif, sampel penelitian berperan sebagai narasumber, partisipan, informan. Pemilihan informan dalam penelitian ini adalah secara *purposive sampling* yang dianggap memahami, mengetahui masalah manajemen keselamatan pasien rumah sakit secara mendalam dengan pertimbangan dan tujuan yang berkaitan dengan peningkatan mutu rumah sakit sehingga memudahkan peneliti dalam menjelajahi objek atau situasi yang diteliti dan bersifat *snowball sampling* (Sugiyono, 2013).

Adapun untuk menentukan informan yang tepat dilakukan melalui informan kunci. Orang yang menjadi informan kunci dalam penelitian ini adalah orang yang dianggap paling mengetahui dan memahami permasalahan yang terjadi di rumah sakit, mengetahui karakteristik partisipan yang cocok sebagai sumber informasi dalam penelitian. Informan kunci tersebut adalah *internal stakeholder* yang terkait dalam manajemen keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang, seperti Direktur/ Direksi, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), Pengelola Perawatan dan Kepala Ruangan dan atau sejumlah pihak yang terlibat langsung dengan proses pemberian asuhan yang dapat dijadikan sebagai subjek

pengamatan/ observasi untuk keperluan triangulasi data seperti tenaga medis, apoteker, keperawatan, serta ahli gizi.

Untuk obyek dalam penelitian ini adalah penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP Dr.M.Djamil Padang. Melalui sejumlah pertanyaan kepada informan kunci diharapkan dapat memperoleh makna atas situasi yang merupakan hasil konstruksi berdasarkan pada latar belakang historis sesuai kewenangan yang mereka miliki, khususnya di manajemen keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan pandangan konstruktivisme sosial dimana penekanan atas pengalaman informan pada objek penelitian ini.

Pendapat lain menjelaskan bahwa ukuran sampel pada penelitian kualitatif umumnya tidak ditentukan, ketika adanya saturasi data, dimana partisipan pada titik kejenuhan, tidak ada informasi baru yang didapat dan pengulangan telah tercapai (Sugiyono 2013: Afiyanti,2014).

Informan yang dipilih dalam penelitian ini adalah orang yang terlibat dalam pelaksanaan standar keselamatan pasien untuk dilakukan wawancara mendalam dan wawancara melalui grup diskusi terarah (FGD) yang terdapat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.1 Daftar Informan/ Partisipan Penelitian Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2016

No.	Informan	Jumlah	Keterangan
1	2	3	4
1.	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan RSUP Dr.M.Djamil Padang (informan 1), dipilih sebagai informan kunci karena pengambil keputusan dan kebijakan di RSUP Dr.M.Djamil Padang	1	<i>Indepth Interview</i>
2.	Komite Mutu/ Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien RS (informan 2), dipilih sebagai informan kunci karena penanggung jawab dalam pelaksana standar keselamatan pasien rumah sakit, mengembangkan program, menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan standar KPRS	1	<i>Indepth Interview</i>

1	2	3	4
3.	Pengelola Perawatan Rawat Inap (informan 3), dipilih sebagai informan karena penanggung jawab dalam mengkoordinir, mengawasi, mengendalikan dan menilai mutu asuhan keperawatan serta pelaksanaan standar keselamatan pasien diunit rawat inap	4	<i>Indepth Interview</i>
4.	Kepala Ruangan Rawat Inap (informan 4), dipilih sebagai informan karena penanggung jawab dalam mengatur dan mengkoordinir kegiatan pelayanan di ruang rawat inap termasuk pelaksanaan <i>patient safety</i>	4	<i>Indepth Interview</i>
5.	Para profesi pemberi asuhan (empat PPA) yang terdiri dari medis, keperawatan, farmasi/ apoteker, nutrisionist/ ahli gizi :	7	(FGD)
	1) Medis, dipilih sebagai partisipan karena penanggung jawab dalam memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, menerapkan prinsip-prinsip etik, standar prosedur operasional dan standar keselamatan pasien		
	Pelaksana Keperawatan Rawat Inap, dipilih sebagai informan karena bertanggung jawab 24 jam (3 shift) sebagai pemberi asuhan keperawatan, menerapkan standar pelayanan/SOP, menerapkan prinsip-prinsip etik dan standar keselamatan pasien di ruang perawatan rawat inap		
	2) Farmasi/Apoteker, dipilih sebagai informan karena penanggung jawab dalam skrining permintaan obat, penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling, monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap standar pelaksanaan keselamatan pasien di ruang perawatan		
	3) Ahli Gizi/ Nutrisionist, dipilih sebagai informan karena penanggung jawab dalam kegiatan asuhan gizi di ruang perawatan sesuai standar pelayanan gizi dan standar keselamatan pasien		

Adapun komponen dari materi pertanyaan yang akan disampaikan serta sasaran pertanyaan yang ditujukan kepada para informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Daftar Informan dan Materi Pertanyaan Pada Penelitian Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2016

Materi Pertanyaan													
No	Informan	Input										Ket	
		Proses											
Output													
1	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Inde-pt Interview
2	Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien RS/Komite Mutu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Inde-pt Interview
3	Pengawas Perawatan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Inde-pt Interview
4	Kepala Ruangan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Inde-pt Interview
5	Medis/ dokter ruangan	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓	FGD
6	Pelaksana Perawatan	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	
7	Apoteker/Asisten	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	
8	Ahli Gizi/ Nutrisi	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruangan rawat inap empat besar di RSUP Dr.M.Djamil Padang yaitu rawat inap Penyakit Dalam, rawat inap Kebidanan, rawat inap Anak, rawat inap Bedah, yang memiliki fasilitas pelayanan tingkat tiga/ pelayanan tersier dan sebagai pusat rujukan di Sumatera Barat.

Penelitian ini dilakukan mulai penyusunan proposal sampai dengan pengumpulan data, pengolahan data yaitu mulai bulan Juli 2016 sampai September 2017. Tahap pelaksanaan penelitian dimulai dengan pengurusan surat

izin penelitian. Proses penelitian dimulai pada bulan April tahun 2017 dan terminasi termasuk pengurusan surat selesai penelitian.

4.4 Etika Penelitian

Prinsip etik yang dilakukan dalam penelitian ini mengacu pada teori yang dikemukakan oleh Sugiono (2012), *Autonomy*, *Beneficience*, *Nonmaleficience*, *Justice*, *Anonimity*, *Informed consent*, konsep ini dijelaskan peneliti kepada partisipan saat peneliti meminta kesediaan partisipan yang telah ditentukan untuk menjadi partisipan dalam penelitian.

Prinsip pertama adalah *Autonomy*, dimana peneliti menjelaskan tentang manfaat penelitian serta kontribusi yang dapat diberikan bagi peningkatan pelayanan kesehatan dan perawatan pasien. Kedua adalah *Beneficiency*, peneliti menjelaskan bahwa hasil penelitian ini berdampak positif, sehingga informasi yang diberikan oleh informan berdasarkan pengalaman yang dirasakan selama memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sangat diperlukan. Ketiga adalah *Nonmaleficience*, peneliti menjelaskan bahwa penelitian ini menghindari kerugian dan perlakuan yang tidak menyenangkan terhadap partisipan, penelitian ini dilakukan dengan wawancara dan tidak ada perlakuan secara fisik maupun tekanan emosional. Keempat adalah *Justice* (keadilan), dalam penelitian semua partisipan diperlakukan sama, partisipan mempunyai hak yang sama dan menjaga rahasia tentang identitas dan tempat tinggal pasien. Kelima adalah *Anonimity*, dalam penelitian ini nama partisipan diganti dengan kode partisipan, untuk menjaga kerahasiaan informasi bahwa informasi apapun yang diperoleh dari partisipan tidak akan dipublikasikan untuk umum atau pihak lain. Keenam adalah *Informed concent*, partisipan diberi kebebasan untuk memilih dan memberikan persetujuan secara sukarela untuk menjadi partisipan dalam penelitian dengan menandatangani *informed concent* yang telah disiapkan sebelumnya.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian kualitatif ini adalah peneliti sendiri dengan menggunakan pedoman wawancara, alat bantu berupa perekam/voice recorder dan buku catatan lapangan (*field note*), format wawancara berupa isi tentang pokok pertanyaan yang digunakan selama penelitian. Untuk merekam ungkapan verbal partisipan, serta untuk membantu memperoleh gambaran tentang kejadian penting selama proses wawancara dilakukan, peneliti membuat kode

partisipan, kode rekaman, kejadian-kejadian saat wawancara, hal ini memudahkan peneliti melacak data untuk mengidentifikasi beragam tema yang muncul.

4.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini secara umum dilakukan dengan teknik wawancara mendalam dengan para partisipan/ informan dan melakukan diskusi terarah (*Focus Group Discusion*) yaitu teknik pengumpulan data dengan cara melakukan wawancara kelompok guna memperoleh pengertian yang lebih saksama. Data yang diperoleh melalui diskusi kelompok terarah (FGD) yaitu dari beberapa PPA sebanyak 10 orang. Melakukan pencatatan dan memo sebagai dasar pengetahuan mengenai fakta secara nyata dilapangan yang diperoleh dalam melakukan observasi dan pengamatan terkait dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Fokus observasi selama kegiatan yang dilakukan terkait dengan wawancara adalah tempat dan kegiatan yang dilakukan partisipan selama wawancara.

Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini bersifat semi terstruktur sesuai pedoman wawancara. Arah wawancara mengikuti arah pembicaraan dari jawaban partisipan untuk mendapatkan keterangan/ informasi secara lisan yang lebih mendalam tentang permasalahan yang sedang diteliti. Selanjutnya peneliti merekam wawancara tersebut secara langsung dan mencatat kejadian yang terjadi berupa kata-kata atau kalimat yang diungkapkan oleh partisipan yang kemudian disalin dalam bentuk transkrip.

Pedoman wawancara yang digunakan telah disediakan sebelumnya. Pedoman wawancara merupakan alat untuk memandu peneliti mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya sesuai dengan tujuan penelitian. Apabila partisipan tidak dapat memberikan informasi sesuai dengan yang ditanyakan diberikan ilustrasi atau contoh agar dapat menangkap maksud pertanyaan penelitian. Pada proses ini peneliti tidak memberikan penilaian berdasarkan pemahaman atau pengalaman yang dimiliki sebelumnya.

Dokumentasi yang dibuat dalam bentuk tulisan yaitu catatan/ memo, tentang aktifitas partisipan dan proses pendukung penelitian berupa surat menyurat, terkait izin penelitian dan data pendukung penelitian dari rumah sakit, serta dalam bentuk gambar/ foto dalam wawancara ini partisipan tidak bersedia untuk difoto.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data/Sumber Data

4.7.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan yaitu dengan mengajukan surat permohonan melakukan penelitian dan mendapatkan surat izin penelitian dari institusi pendidikan, selanjutnya diteruskan ke Bagian Diklit dan Bagian Umum RSUP Dr.M.djamil Padang dengan melampirkan resume proposal penelitian dan izin penelitian untuk mendapatkan izin penelitian dari RSUP Dr. M.Djamil Padang. Selanjutnya surat izin penelitian diteruskan ke tempat penelitian yaitu Direktur RS, Komite Mutu (KMMR), Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Instalasi rawat inap dari empat besar yaitu Penyakit Dalam, rawat inap Bedah, rawat inap Anak, rawat inap Kebidanan, Instalasi Farmasi dan Instalasi Gizi RSUP Dr.M.Djamil Padang

4.7.2 Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan peneliti berkoordinasi terlebih dahulu dengan pihak rumah sakit, meminta pendapat ke manajemen rumah sakit, untuk menentukan informan/partisipan yang cocok dan bersedia terlibat dalam penelitian sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti.

Sebelum melakukan wawancara, peneliti membina hubungan saling percaya dengan informan/partisipan, kemudian memberikan penjelasan penelitian kepada partisipan setelah memahami penjelasan dan menyatakan setuju untuk menjadi partisipan maka partisipan menandatangani lembaran *informed concent* dan menyepakati kontrak waktu untuk dilakukan wawancara. Selanjutnya peneliti mulai melakukan wawancara sesuai dengan waktu dan tempat yang telah disepakati bersama pasrtisipan.

Langkah-langkah wawancara yang dilakukan adalah dengan menetapkan partisipan yang bersedia untuk diwawancarai, menyiapkan pokok permasalahan yang akan disampaikan dalam proses wawancara. Proses wawancara, yang dilakukan peneliti melalui tiga tahapan yaitu pertama membuka alur wawancara; menjelaskan etika penelitian, menjelaskan manfaat, tujuan dan perihal tentang pertanyaan yang diajukan kepada partisipan dalam wawancara mendalam (*indepth interview*). Kedua, tahapan wawancara mendalam, yang dilakukan peneliti untuk setiap partisipan dengan waktu selama 35-60 menit. Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk melakukan diskusi kelompok terarah (FGD) berkisar antara 60 sampai dengan 90 menit.

Wawancara dilakukan dengan menggunakan alat perekam dan menulis kejadian selama wawancara dilakukan. Selanjutnya membuat transkrip dan

mengidentifikasi hasil wawancara dengan melakukan validasi. Ketiga, melakukan validasi data untuk informasi yang diperoleh jika masih ada yang kurang jelas pada wawancara pertama, selanjutnya melakukan terminasi.

4.7.3 Tahap Terminasi

Tahap terminasi yaitu peneliti menutup wawancara dengan membuat persetujuan dan membuat janji untuk pertemuan berikutnya jika diperlukan, menjelaskan bahwa proses penelitian telah berakhir dan mengucapkan terima kasih atas kerjasama partisipan selama proses penelitian.

Wawancara selesai dan ditutup apabila seluruh informasi yang dibutuhkan telah diperoleh, hasil wawancara direkam dengan alat perekam kemudian ditranskripkan secara kata per kata, mendengarkan kembali untuk menilai keakuratan data sambil membaca transkrip secara berulang-ulang. Untuk data yang mendukung peneliti, peneliti menambahkan catatan lapangan kedalam transkrip verbatim, membuat kode rekaman sesuai dengan kode partisipan pada memo untuk memudahkan peneliti melacak data jika data tersebut dibutuhkan.

4.8 Kredibilitas Data

Pada penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti. Realitas data tidak bersifat tunggal akan tetapi majemuk dan dinamis. Untuk melakukan pengujian validasi terhadap penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan uji kredibilitas dengan analisis *triangulasi*.

Uji kredibilitas data merupakan uji kepercayaan (uji validitas internal), dalam penelitian ini menggunakan *membercheck*, yaitu dengan mengumpulkan data secara lengkap dengan wawancara mendalam dan FGD, membuat transkrip hasil wawancara, selanjutnya peneliti memvalidasi transkrip hasil wawancara untuk melakukan identifikasi kembali kepada partisipan, guna mengetahui sejauh mana kesesuaian data yang diperoleh dengan apa yang diberikan dari sumber data/partisipan, sebelum melanjutkan ke partisipan berikutnya.

Menurut Sugiyono (2013), dalam penelitian kualitatif data yang diperoleh dilakukan *re-check* data melalui beberapa sumber dengan teknik berbeda, atau melakukan wawancara, observasi dalam waktu dan situasi yang berbeda dan dilakukan secara terus menerus sampai datanya jenuh, atau melalui perpanjangan pengamatan atas data yang diperoleh.

4.9 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

Dalam penelitian kualitatif, data diperoleh dari berbagai sumber, dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang bermacam–macam (triangulasi), dan dilakukan secara terus menerus sampai datanya jenuh (Sugiyono, 2013).

Triangulasi sumber data dalam penelitian ini berjumlah 17 orang yaitu mulai dari Direktur RS/ Direksi, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pengawas Perawatan, Kepala Ruangan Rawat Inap, Dokter, Perawat Pelaksana, Apoteker/Analisis, Nutrisiionist di RSUP Dr.M.Djamil Padang.

Analisis data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilih data menjadi satuan yang dapat dikelola, menemukan apa yang penting dan memutuskan apa yang dapat dicitakan kepada orang lain.

Pengolahan data dilakukan dengan cara sebagai berikut:

a. Membuat transkrip data

Menyalin informasi yang direkam menjadi bentuk catatan, setiap sumber diberikan kode agar data ditelusurikembali jika dianggap masih kurang.

b. Reduksi data

Memilih hal-hal yang pokok, menfokuskan pada hal-hal yang penting, merangkum data sesuai dengan tema yang ditentukan.

c. *Dysplay data* (penyajian data)

Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat berupa matriks data kualitatif.

d. *Conclution drawing and verification*

Membuat kesimpulan dan menafsirkan data, menemukan pola dan hubungan serta membuat temuan-temuan umum (Sugiyono, 2013).

Pada penelitian ini dilakukan analisa data dengan *triangulasi*, yang terdiri dari:

a. *Triangulasi Sumber*

Mendapatkan data *cross-check* dengan fakta dari sumber yang berbeda-beda

b. *Triangulasi Teknik*

Menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti melakukan observasi, wawancara mendalam dan telaah dokumen (Sugiyono, 2013)